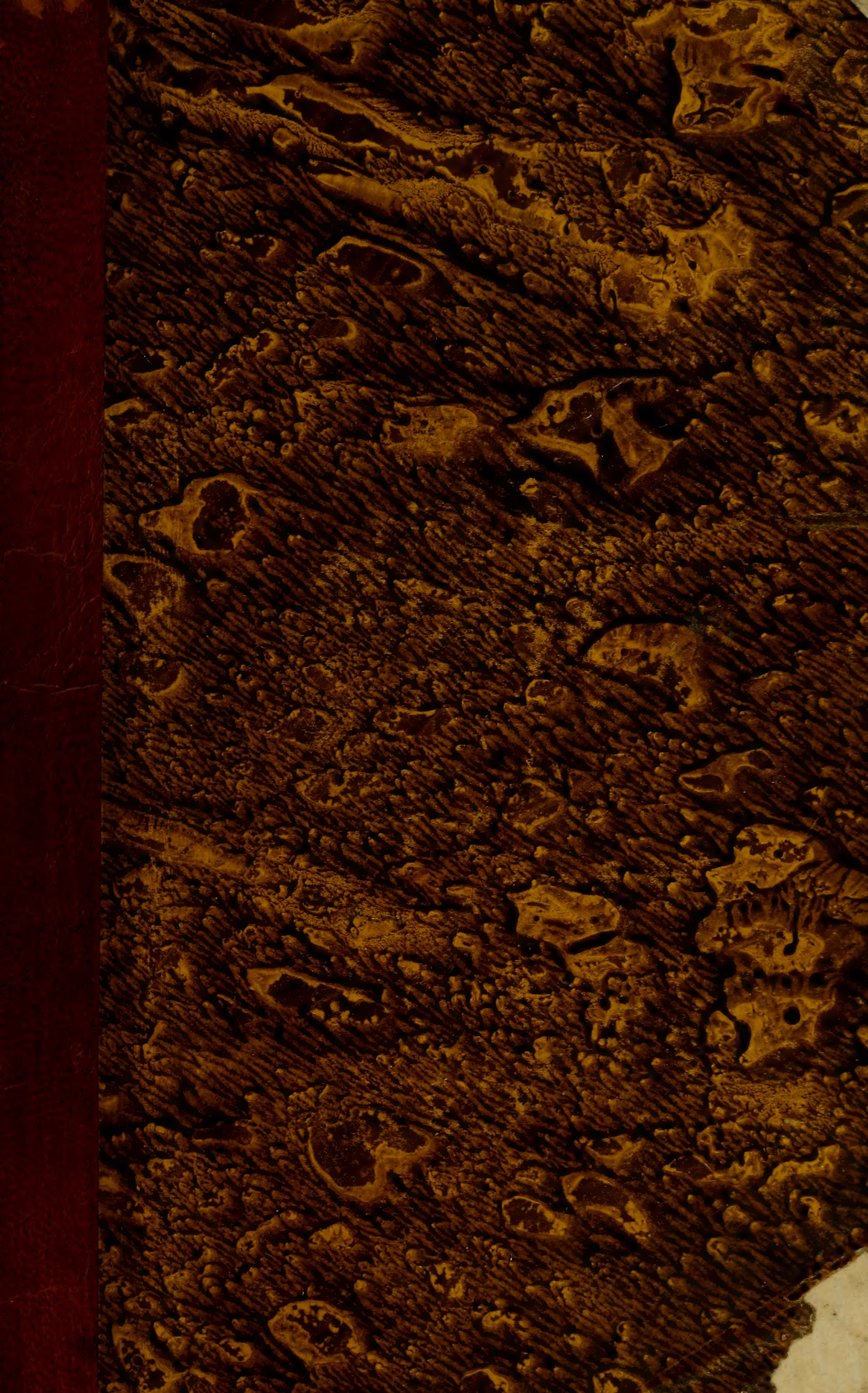


LASSUS.

PATHOLOGIE

CHIRURGICALE.

TOME II.



PATHOLOGIE

CHIRURGICALE.

Livres nouveaux qui se trouvent chez le même Libraire.

Mélanges de Chirurgie et de Physiologie, par M. Roux, professeur d'anatomie, de chirurgie et de physiologie, chirurgien de l'hôpital Beaujon, &c. *in*-8. br.

Principes d'Hygiène navale, ou l'Art de conserver la Santé des gens de mer, par Delivet, médecin de la marine, *in*-8. br. 6 l.

Observations sur l'Asthme et sur le Croup, par Millar, *in*-8. br. 2 l. 10 s.

Traité de la Plique polonaise, trad. de l'allemand, par Jourdan, *in*-8. fig. br. 3 l. 12 s.

Cours analytique de Chimie, par Mojon, trad. de l'ital. par Bompois, 2 vol. *in*-8. br. 7 l.

Voyage dans l'empire de Flore, ou Élémens d'Histoire naturelle végétale, 2 parties en 1 vol. *in*-8. br. 3 l.

Parmentier, Instructions sur les Sirops et conserves de Raisins, destinés à remplacer le Sucre; nouv. édit. revue, corrigée et augmentée, *in*-8. br. 4 l.

—— Code pharmaceutique à l'usage des hospices civils, 3e édit. *in*-8. br. 6 l.

—— Formulaire pharmaceutique à l'usage des hôpitaux militaires, *in* 8. br. 1 l. 10 s.

Carbonell, Élémens de Pharmacie, fondés sur les principes de la chimie moderne. Nouvelle édition augmentée, *in*-8. br. 3 l.

Lagneau, Exposé des différentes Méthodes de traiter les Maladies vénériennes, 2e édit. *in*-8. br. 2 l. 10 s.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE,

PAR M. LASSUS,

Professeur de l'École de Médecine de Paris, Chirurgien consultant de Sa Majesté l'Empereur et Roi, Membre de l'Institut de France, Président des Jurys de Médecine, membre de l'Académie des Sciences de Rouen, de celle de Wilna en Lithuanie, Président honoraire de la Société de Médecine du département de l'Eure, &c.

NOUVELLE ÉDITION.

Cum legere non possis, quantum habueris, sat est habere quantum legas. SENECA, Epistol. 2.

Ne pouvant lire autant de livres que vous pouvez vous en procurer, n'en ayez qu'autant que vous en pouvez lire.

TOME SECOND.



A PARIS,

Chez MÉQUIGNON l'aîné, Libraire de la Faculté et de la Société de Médecine, rue de l'École de Médecine, n° 9, vis-à-vis celle Hautefeuille.

1809.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

LXXXI.

LES HERNIES.

Tumeurs formées par le déplacement, par la sortie hors du ventre de l'une des parties naturellement contenues dans cette cavité. L'épiploon, l'estomac, les intestins, la vessie urinaire, la matrice, l'ovaire, sont les parties qui se déplacent le plus ordinairement, et qui forment une tumeur plus ou moins apparente à l'un des points de la circonférence du bas-ventre. L'intestin duodenum lui-même se déplace quelquefois : on l'a trouvé dans une hernie ancienne et volumineuse de l'ombilic. L'intestin rectum et le vagin forment aussi, en se prolongeant et en se renversant, une espèce de hernie. Si la partie déplacée est enfermée comme dans une espèce de poche formée par le péritoine, on donne à cette poche membraneuse le nom de sac herniaire.

Les hernies ont été distinguées par des noms différens, relativement au lieu qu'elles occupent et aux parties qui les forment. Delà, les noms de hernie inguinale, crurale, ombilicale, ventrale; et ceux de hernie d'intestin, d'épiploon, d'estomac, de matrice, de vessie. Quelques hernies ont été nommées congénitales, parce qu'elles sont formées à l'instant même de la naissance: les autres se forment pendant le cours de la vie.

Les causes qui les produisent le plus souvent sont: la grossesse, la toux, le chant, les cris, les inspirations long-temps retenues, les contusions, les plaies du bas-ventre, l'équitation, la danse, l'usage des instrumens à vent, le vomissement, les efforts que l'on fait en soulevant un fardeau, ceux que font habituellement les personnes constipées, qui ont un rétrécissement à l'anus, au canal de l'urèthre, qui ne rendent qu'avec difficulté les matières excrémenteuses; enfin tout ce qui peut affoiblir les parois du ventre et les liens qui attachent les viscères contenus dans cette cavité.

Le volume des hernies anciennes, abandonnées à elles-mêmes, est quelquefois très-considérable. On a des exemples de ces hernies prolongées, dans l'homme, jusqu'au-

dessous des genoux (1). La plupart des intestins sont sortis, avec une portion du mésentère, par l'anneau inguinal. Alors le testicule comprimé par la tumeur, s'atrophie peu à peu, la verge est retirée et cachée sous la peau, le canal de l'urèthre est dévié, l'urine ne sort qu'en s'écoulant sur le scrotum, les fonctions de l'estomac sont dérangées. Ces hernies sont très-rares depuis qu'on a perfectionné l'art de fabriquer des bandages, dont la pelote exerce sur l'anneau inguinal une pression douce et permanente qui maintient les parties réduites et s'oppose à leur sortie.

Le péritoine s'échappe d'abord, se distend, s'alonge peu à peu sous la forme d'une poche oblongue, plus ou moins épaisse, qui cède en proportion du volume et de la pesanteur des parties qu'elle renferme. Ce sac est mince, si la hernie est petite et récente : il est épais, si elle est ancienne et volumineuse. Nous ne pensons point qu'il se rompe lors même que la hernie est d'un volume considérable; mais il est quelquefois tellement adhérent au tissu cellulaire qui l'environne, qu'il semble ne point exister. Il n'y a d'exception que dans trois cas; savoir, pour les hernies qui auroient

(1) Meeckren, Observ. posthum. cap. 5, p. 362.

été déjà opérées, pour celles qui sont la suite d'une plaie pénétrante du bas-ventre, et pour celles enfin dont toutes les enveloppes auroient été crevées par une forte contusion.

L'application constante et méthodique d'un bandage qui comprime exactement l'ouverture par laquelle les parties se sont échappées, est le seul moyen de procurer la cure radicale d'une hernie dans les enfans et les jeunes personnes. Si quelques adultes ont joui de cet avantage, c'est parce que la hernie étoit petite, récente et avoit toujours été maintenue par un bandage un peu serré, porté jour et nuit, pendant un long espace de temps, le malade gardant une situation horizontale. L'expérience apprend qu'on ne doit plus espérer qu'une cure palliative, lorsque l'ouverture est très-dilatée, lorsque la tumeur est ancienne, lorsqu'elle a été souvent réduite, et que celui qui en est incommodé a atteint l'âge de trente à quarante ans. Divers procédés successivement employés dans des temps anciens pour obtenir la cure radicale d'une hernie dans des enfans et dans des adultes, sont maintenant tombés en désuétude. On a reconnu que la castration, que la ligature du cordon spermatique, du sac herniaire, que la cautérisation des tégumens par laquelle on

croyoit pouvoir oblitérer l'ouverture de ce sac, rétrécir l'anneau inguinal, et procurer une cicatrice ferme et solide des tégumens, étoient des opérations nuisibles et insuffisantes. L'expérience a encore prouvé l'inutilité des topiques dont l'action, quelle qu'elle soit, ne s'exerce que sur les tégumens; et il est bien avéré que ceux qui subissent l'opération par laquelle on remédie aux accidens d'une hernie étranglée, sont obligés, après cette même opération, de porter un bandage pour empêcher la hernie de reparoître.

Les signes diagnostics de ces tumeurs sont plus ou moins évidens, et diffèrent en raison de la partie qui forme la hernie, du lieu qu'elle occupe, de l'ancienneté de la maladie, de tout ce qui peut la compliquer et la rendre obscure. Les signes généraux et communs sont la formation au nombril, à l'anneau inguinal, au pli de l'aine, ou dans un point quelconque de la circonférence du bas-ventre, d'une tumeur molle, qui n'a pas toujours le même volume, qui disparoît par la pression de la main, la personne étant à jeun et située horizontalement; qui augmente après le repas, quand on se tient debout et qu'on fait le plus petit effort, et sur-tout en toussant; lorsqu'enfin la tumeur s'est manifestée peu à

peu après une cause capable de produire une hernie. On distingue celle qui est intestinale de celle qui est épiploïque, par des signes propres et particuliers à chacune d'elles. Si la hernie est formée par une portion d'intestin, la tumeur est tantôt plus, tantôt moins volumineuse; elle est molle, un peu élastique, le malade y ressent des borborygmes, et l'on entend une sorte de bruit, de gargouillement quand elle rentre. Elle est épiploïque quand elle est inégale, noueuse, pâteuse, quand sa réduction se fait lentement, peu à peu, incomplétement, et n'est accompagnée d'aucun bruit. Du reste, nous ferons connoître plus particulièrement les signes propres à chacune des hernies.

Celles qui sont intestinales et épiploïques, forment en général une maladie commune chez les hommes exposés à des travaux pénibles. Les enfans en sont souvent attaqués; mais ils ont l'avantage d'en guérir à l'aide d'un bandage qui maintient les parties réduites. Enfin les personnes maigres sont aussi sujettes aux hernies que celles qui ont beaucoup d'embonpoint. D'après des relevés faits dans divers hôpitaux de Paris par MM. de l'Académie de chirurgie, on a trouvé que dans un hôpital uniquement destiné aux

femmes, et contenant sept mille vingt-sept personnes, deux cent vingt étoient attaquées de hernies. Dans l'hospice de Bicêtre, contenant trois mille huit cents hommes, deux cent douze avoient des hernies. A l'hôtel des Invalides, où deux mille cinq à six cents militaires étoient reçus, cent cinquante-cinq avoient des hernies. Sur mille trente-sept enfans ou jeunes garçons reçus dans l'hospice dit de la Pitié, on n'en a trouvé que vingt-un qui eussent des hernies. Cette maladie, que les Grecs et les Romains regardoient comme *indécente*, a dû être encore plus commune chez ces peuples anciens, dépourvus des connoissances que nous avons acquises dans l'art de fabriquer les bandages herniaires.

Lorsqu'une hernie est complètement réductible, il est un procédé par lequel on replace les parties sorties : on l'a nommé *Taxis*, mot grec qui signifie ordre, arrangement, disposition méthodique. C'est en effet l'art de remettre dans sa place naturelle une partie qui n'y est plus. Il consiste à situer le malade horizontalement, couché sur le dos, incliné du côté opposé à la hernie, les muscles du bas-ventre étant dans le relâchement, le bassin plus élevé que la poitrine, la tête fléchie, les jambes et les cuisses pliées, afin que les par-

ties puissent rentrer par leur propre poids, en les repoussant dans la direction naturelle de l'ouverture par laquelle elles sont sorties. Mais toutes les hernies ne sont pas susceptibles de réduction, lorsqu'elles sont très-volumineuses, sur-tout chez des personnes qui ont beaucoup d'embonpoint. Le contact immédiat et long-temps continué de l'intestin avec le sac herniaire, ou de l'épiploon avec l'intestin, produit peu à peu, lors même qu'il ne s'est point formé d'inflammation, des adhérences entre ces parties : adhérences qui s'opposent à la réduction, sur-tout lorsque la hernie est ancienne. Si ces mêmes parties ont été attaquées d'une inflammation qui s'est terminée par résolution, les adhérences sont encore plus fortes, et la hernie ne peut être réduite, quoique l'anneau n'oppose pas un obstacle insurmontable à la rentrée des parties. Alors le malade doit user d'un régime sobre, se tenir le ventre libre, porter un suspensoir ou un bandage à pelote creuse, qui soutienne la tumeur, et qui exerce sur elle une pression douce, uniforme, capable de s'opposer à son accroissement. Une semblable hernie irréductible occasionne habituellement des coliques, fatigue par son volume, et est très-susceptible d'étranglement.

On ne doit cependant pas l'opérer dans la vue de détruire, avec l'instrument tranchant, les adhérences, de réduire complètement la tumeur, et de la maintenir ensuite réduite avec un bandage. Ce seroit exposer la vie du malade, et lui faire courir le risque de périr d'inflammation au bas-ventre, que de lui faire subir une opération aussi dangereuse (1).

Une hernie volumineuse et sans adhérence doit être réduite successivement et par parties. Il y auroit de l'inconvénient à opérer instantanément une réduction complète, quand même elle seroit possible. Elle doit se faire progressivement et peu à peu, à l'aide d'une pression douce et constante qui contribue à la rentrée des parties que l'on maintient ensuite dans leur place naturelle par un bandage ordinaire.

Nous n'entrerons point dans de plus longs détails sur ce qui est relatif aux hernies considérées généralement, parce que tout ce que nous pourrions dire a été discuté et approfondi par plusieurs auteurs, dont il est nécessaire de consulter les écrits, tels que ceux

---

(1) Sharp, Traité des opérations, chap. 4. — Petit, Œuvres chirurgicales, tom. 2, p. 315. Journal de médecine de chirurgie, ann. 1768, tom. 29, p. 168.

de Pott, de Petit, de Richter, et de quelques autres modernes, mais principalement les Mémoires de chirurgie de Arnaud, et ceux de l'Académie de chirurgie de Paris.

Hernie inguinale.

Les parties dont cette hernie est formée, sortent du ventre par une ouverture qui, dans l'état naturel, est oblongue, un peu étroite supérieurement, recouverte par quelques fibres tendineuses, et un peu plus large inférieurement. C'est l'anneau du muscle oblique externe, qui donne passage, dans l'homme, au cordon spermatique, et dans la femme, au ligament rond. Il est plus bas et plus petit dans la femme que dans l'homme : ses deux bords saillans et tendineux ont été nommés piliers. Celui qui est interne, antérieur et supérieur se croise devant le pubis avec celui du côté opposé ; le pilier externe, inférieur et postérieur se fixe à l'épine du pubis. Il résulte de cette disposition, que le cordon spermatique passe obliquement sous le pilier supérieur et interne comme sous une arcade, et devant celui qui est inférieur et externe. La tumeur herniaire passe de même par cette ouverture de dehors en dedans, et suit une direction

oblique. Lorsqu'elle est récente, peu volumineuse, bornée à l'ouverture de cet anneau, le sac herniaire qui l'a précédé est réductible sur le vivant et sur le cadavre. Il recouvre le cordon spermatique, sans contracter avec lui d'adhérence. Ainsi les anciens ont pu faire la ligature du sac herniaire, opération inutile et dangereuse.

A mesure que la hernie grossit et descend dans le scrotum, le sac herniaire devient adhérent au cordon spermatique, et recouvre la partie antérieure de la tunique vaginale du testicule. Il est épais, irréductible, et on ne pourroit le détacher de ces parties pour le lier. Sa portion supérieure, naturellement rétrécie à son passage par l'anneau, forme une espèce de col, tandis que sa partie inférieure, beaucoup plus élargie, est une véritable poche. On conçoit que dans les hernies anciennes, volumineuses, et qui ont été souvent réduites, l'anneau devient une ouverture absolument ronde, qui a quelquefois un pouce ou deux de diamètre; ce qui dépend essentiellement de la distension qu'a soufferte le pilier interne qui décrit alors un demi-cercle. La hernie, devenue volumineuse, repousse en dedans, du côté du pubis, le cordon spermatique rarement situé au côté externe de la tumeur,

parce qu'elle se forme obliquement par la partie inférieure et la plus large de l'anneau. Il est très-rare que ce cordon soit situé au-devant de la hernie elle-même : cela ne peut arriver que lorsqu'elle est volumineuse, ancienne, avec grande confusion des parties. L'artère épigastrique étant située au-dessous de l'anneau, derrière le cordon spermatique, il en résulte que si ce cordon est repoussé en dedans du côté du pubis par le volume de la tumeur, on doit, pour éviter de léser cette artère, inciser l'anneau en dehors et dans la direction de l'épine de l'os des îles. Au contraire, s'il étoit évident que le cordon spermatique fût situé au côté externe de la hernie, il faudroit alors inciser en dedans, du côté de la ligne blanche, le pilier interne et supérieur de l'anneau ; ce qui doit arriver très-rarement.

Diverses parties peuvent former cette hernie inguinale, savoir l'épiploon, l'intestin iléon, le jejunum, le colon, le cœcum et son appendice vermiforme, la vessie urinaire et l'ovaire. Une appendice graisseuse du colon contenue seule dans un sac herniaire, peut former aussi, par l'anneau inguinal, ou par l'arcade crurale, une tumeur qui, avant que d'être ouverte, sembleroit être épiploïque.

Nous avons fait une fois cette observation sur un cadavre. Enfin des anatomistes (1) ont découvert que quelques hernies inguinales et crurales étoient uniquement formées par un prolongement de l'intestin iléon, semblable à une appendice digitale, qui décrit avec cet intestin un angle droit dans la portion opposée à celle qui est attachée au mésentère, et qui n'interrompt pas absolument la continuité du canal. Ils ont donné à cette appendice le nom de *diverticulum*.

Dans quelques-unes des hernies qui se manifestent au pli de l'aine, la portion d'intestin et d'épiploon, au lieu de s'échapper par l'anneau inguinal ou par l'arcade crurale, forme, au-dessus de ces ouvertures, une tumeur large, molle, applatie, facile à réduire par la plus légère pression de la main, sans être susceptible d'étranglement. C'est, si l'on veut, une espèce de hernie ventrale qui a pour enveloppe la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du muscle oblique externe, quelques-unes des fibres inférieures de l'oblique interne, du transverse et le péritoine, qui

---

(1) Ruysch, Thesaur. anatom. VII, p. 7. — Musæum anatom. p. 149. — Littre, Mém. de l'Acad. des sciences, ann. 1700, p. 308.

ont cédé à l'impulsion des parties, tandis que les ouvertures naturelles ont offert une résistance insurmontable.

Une hernie est dite étranglée, lorsque la portion d'intestin sortie par l'anneau éprouve une constriction qui produit sur elle l'effet d'une ligature plus ou moins serrée. Les accidens qui en résultent sont ceux de l'inflammation et de l'interruption du canal intestinal. La tumeur devient douloureuse, et l'on ne peut la toucher sans exciter la sensibilité du malade, qui ne peut plus la réduire par la simple pression de la main, et en prenant une position horizontale. Le ventre se tuméfie, la continuité du canal est interrompue : les hoquets, les nausées, les vomissemens surviennent; les lavemens ne procurent que l'évacuation des matières contenues au-dessous de l'étranglement, le malade rejette la boisson qu'il prend, vomit de la bile, et ensuite les matières accumulées dans les intestins grêles, il éprouve une angoisse extrême. Ces accidens sont quelquefois très-rapides, surtout chez les personnes fortes, robustes, et lorsque la hernie est petite et s'est faite subitement après un violent effort : le pouls est fiévreux, mais petit et serré. Si l'on ne remédie point à ces accidens, la tumeur qui étoit

douloureuse, rénitente, perd son élasticité, elle s'affaisse, devient molle et pâteuse : la peau qui la recouvre ne peut plus être pincée ni soulevée, elle est adhérente et prend une couleur rougeâtre, livide; enfin les douleurs s'appaisent, les forces s'affoiblissent, mais l'intestin est gangréné.

Cette maladie aiguë, à laquelle on donne le nom d'étranglement inflammatoire, parce qu'en effet c'est une inflammation du canal intestinal et du péritoine, est quelquefois mortelle dans l'espace de trente-six heures. L'étranglement est d'autant plus fort, que l'anneau qui jusqu'alors n'avoit souffert aucune violence, aucune dilatation successive, jouit de toute son élasticité. La portion d'intestin sortie subitement s'étrangle d'elle-même en se tuméfiant, et ne peut plus rentrer par une ouverture qui est trop étroite : l'intestin gangréné perd sa consistance, se déchire facilement et prend une couleur noirâtre. Cette couleur n'est cependant pas toujours un signe certain de gangrène : ce n'est quelquefois qu'une ecchymose, qu'une extravasation de de sang, produite par l'inflammation, sans que le principe vital soit anéanti. Ainsi une portion d'intestin noirâtre, profondément ecchymosée, a pu être réduite par opération chi-

rurgicale, et le malade guérir parfaitement; ce qui ne seroit point arrivé, si l'intestin eût été véritablement gangréné. Ce n'est point essentiellement sa couleur noire, mais sa mollesse, et la facilité avec laquelle on peut le déchirer, qui sont des signes certains de la gangrène.

Lorsqu'un malade est vieux, ou affoibli, et qu'il porte depuis long-temps une hernie volumineuse, souvent réduite, abandonnée à elle-même, l'étranglement qui survient, surtout après l'usage d'alimens indigestes, n'est pas aussi considérable que celui dont on vient de parler, parce que l'anneau est très-dilaté. Les accidens sont moins graves, le ventre est plutôt boursoufflé que tendu, les vomissemens sont rares et foibles, la tumeur est peu douloureuse, elle conserve son élasticité : on peut la comprimer utilement et à diverses reprises ; elle est susceptible d'être réduite par le taxis, même après un délai de douze à quinze jours. C'est ce que MM. de l'Académie de chirurgie (1) ont nommé étranglement par engoûment de matières stercorales, pour le distinguer de celui qui forme une maladie beaucoup plus aiguë. Dans l'un

---

(1) Tome IV, p. 243.

et

et dans l'autre cas, c'est toujours une inflammation ; mais elle est en raison du degré de constriction qu'éprouve la tumeur herniaire passée à travers l'anneau plus ou moins dilaté. Il suffit, pour prouver cette vérité, de citer l'observation suivante, que l'on choisit parmi plusieurs autres semblables.

Un homme avoit une hernie inguinale étranglée depuis vingt-deux jours, avec douleur, tension du ventre et vomissement de matières stercorales. Quelques-uns des remèdes usités en pareille circonstance avoient été administrés infructueusement. Le malade ne vomissoit plus depuis cinq jours, son pouls étoit encore bon ; la tumeur avoit toute sa rondeur, son élévation, sa fermeté ; elle n'étoit ni aplatie, ni mollasse, comme le sont les hernies gangrénées, quoique l'étranglement subsistât depuis un long espace de temps. L'opération fut faite, et l'intestin avoit sa chaleur naturelle : il étoit d'une couleur rouge brune. On en fit aisément la réduction après avoir incisé l'anneau. Aussi-tôt les évacuations alvines devinrent abondantes, les douleurs cessèrent, et ce malade fut parfaitement guéri dans l'espace de trois semaines (1).

Cette hernie opérée avec succès, après vingt-

(1) Saviard, Obs. 20, p. 112.

deux jours d'accidens, étoit, selon l'opinion vulgaire, étranglée par engoûment. Cependant ce n'étoient point des matières accumulées dans l'anse de l'intestin formant la tumeur qui s'opposoient à sa réduction. L'étranglement étoit inflammatoire; mais l'inflammation étoit relative au degré de constriction qu'éprouvoit la partie déplacée et à la foiblesse de tout l'individu. Si la tumeur est douloureuse, si la constriction qu'elle éprouve à son passage par l'anneau est forte, la saignée, plus ou moins réitérée, les lavemens, l'abstinence de toute boisson, le bain tiéde, l'application sur la tumeur d'un cataplasme émollient, sont les premiers secours que l'on doit employer pour opérer la réduction de la hernie. Au contraire, si l'inflammation est légère, la tumeur peu douloureuse, parce qu'elle a été plusieurs fois réduite, l'étranglement est alors peu considérable : dans ce cas, la saignée est moins nécessaire, sur-tout si le malade est vieux ; l'application de l'eau froide, de la neige, de la glace, d'un cataplasme aromatique, qui donnent du ressort à la partie et en diminuent le volume, le maniement réitéré de la tumeur, les lavemens purgatifs, sont les remèdes appropriés à cette espèce d'étranglement surnommé par engoûment.

Un homme âgé de plus de soixante ans, et qui avoit une ancienne hernie inguinale descendue dans le scrotum, étranglée depuis douze jours, en opéra lui-même peu à peu la réduction, en se faisant jeter d'heure en heure, pendant les plus fortes chaleurs de l'été, une grande quantité d'eau fraîche sur le bas-ventre. On a vanté dans les mêmes circonstances, l'insufflation de la fumée de tabac dans l'anus, et l'usage du sulfate de magnésie, ou sel d'epsom, dissous à la quantité d'une once dans une pinte d'eau, que l'on fait boire au malade de demi-heure en demi-heure, pour stimuler le canal intestinal qu'on suppose être dans l'atonie : mais on n'a pas trouvé dans ces remèdes le succès qu'on en avoit espéré d'après la théorie. Il est d'ailleurs assez difficile de juger du degré d'inflammation dont est attaquée une hernie étranglée, et de reconnoître jusqu'à quel point elle est ou n'est pas réductible par le taxis. Cette réduction s'opère, en donnant au malade une situation telle que les muscles du bas-ventre soient dans le relâchement, et le bassin très-élevé : situation qu'il doit garder pendant tout le temps des accidens, et pendant que l'on comprime doucement la tumeur en dirigeant la pression vers l'endroit qui résiste le moins et

du côté des hanches, si elle est inguinale. En la maniant rudement, lorsqu'elle est très-douloureuse et très-enflammée, on la meurtrit et on hâte la gangrène. C'est en la touchant dans sa base qu'on reconnoît jusqu'à quel point elle est, pour ainsi dire, adhérente, et qu'on décide, par le degré de constriction qu'elle éprouve à travers l'anneau, si la réduction est impossible par le taxis.

Cette réduction ne fait pas toujours cesser la constipation, les douleurs du ventre et les vomissemens : ces accidens peuvent subsister par des causes très-différentes. Dans les uns, c'est un état inflammatoire du péritoine et du canal intestinal, c'est une accumulation de matières stercorales dans les intestins grèles trop distendus, trop affoiblis par cette rétention, pour pouvoir se contracter et se vider. L'indication curative consiste, après la réduction, à procurer la liberté du ventre par des lavemens, par des médicamens laxatifs, à faire prendre des bains tièdes, à mettre le malade à la diète. Quelquefois la fièvre se déclare, subsiste pendant quelques jours, et l'inflammation du bas-ventre ne cesse qu'après des évacuations alvines. Une autre cause de la persévérance des accidens, c'est la constriction produite par le sac herniaire épaissi, resserré,

adhérent à l'intestin enflammé, et produisant sur lui l'effet d'une ligature intérieure ; c'est quelquefois aussi une bride formée par l'épiploon, qui donne le même résultat. Si la hernie peu volumineuse a été repoussée avec violence, il n'y a pas eu de réduction proprement dite. La tumeur est cachée plus ou moins profondément derrière l'anneau où elle continue d'éprouver une strangulation qui ne dépendoit pas toujours de l'étroitesse de cette ouverture, mais du resserrement causé par l'adhérence du sac herniaire, des parties entre elles, ou par la réduction violente et incomplète de ces mêmes parties (1).

Une hernie étranglée doit être opérée sans délai, aussi-tôt que les premières tentatives de réduction ont été infructueuses entre les mains d'un homme instruit. En général, il vaut mieux opérer plutôt que plus tard, surtout les vieillards, dont les forces s'épuisent très-promptement par défaut de nourriture, par les vomissemens, par les douleurs et l'insomnie. L'opération doit être faite quand la tumeur est encore douloureuse, rénitente : on

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 1, p. 693, et tom. 4, p. 274. — Le Dran, Obs. de chirurgie, t. 2, obs. 58. — Arnaud, Traité des hernies, tom. 2.

ne doit point attendre qu'elle soit ramollie par la gangrène.

L'opération se pratique de la manière suivante. Le malade situé très-près du bord de son lit, le bassin très-élevé, afin que la tumeur soit saillante et bien à découvert, ce qui s'exécute en mettant sous les fesses un oreiller, celui qui opère doit se placer toujours à la droite du malade, soit que l'opération se fasse du côté droit, ou du côté gauche. Les tégumens qui recouvrent la tumeur doivent avoir été rasés : on leur fait faire un pli transversal dans le centre de l'anneau, et on coupe ce pli d'un seul coup de bistouri, en prolongeant l'incision jusqu'à la partie inférieure de la tumeur. Il est indispensablement nécessaire, pour la facilité de l'opération, que le centre ou le milieu de l'incision des tégumens réponde à l'endroit même de l'anneau, qu'on ne sauroit mettre trop à découvert, puisque c'est dans cet endroit que se trouve l'obstacle à la réduction des parties. Ainsi la direction à donner à l'incision des tégumens, doit toujours tendre à bien découvrir le lieu de l'étranglement, quelle que soit d'ailleurs la situation oblique ou presque transversale de la hernie. S'il n'est pas possible, parce que la tumeur est gangrénée, de pincer et de soulever

la peau, on la tend avec le pouce et le troisième doigt de la main gauche, et on l'incise avec précaution. Cette première incision faite dans toute la longueur de la tumeur, les lèvres de la plaie s'écartent et laissent voir le tissu cellulaire plus ou moins épaissi et rougeâtre : il recouvre le sac herniaire et lui est adhérent. On doit le couper dans la même direction que les tégumens, en se servant, pour cet effet d'une pince à disséquer et d'un bistouri droit dont la lame doit agir un peu en dédolant. Cette incision faite, et la plaie essuyée avec une éponge, on ouvre avec la même précaution le sac herniaire qui contient plus ou moins de sérosité, et quelquefois point du tout. Lorsqu'on est parvenu à ce moment de l'opération, plusieurs causes peuvent la compliquer, savoir la constriction de l'anneau dont l'ouverture est trop étroite relativement au volume de la tumeur, le rétrécissement et le froncement du col du sac herniaire, des brides, des adhérences de l'intestin avec le sac, le volume excessif de la hernie, la gangrène, enfin un corps étranger contenu dans l'anse de l'intestin. Ainsi c'est avec raison que les praticiens répètent qu'il n'y a point d'opération qui présente plus de difficultés, plus de

variétés et de complications que celle de la hernie.

Si l'étranglement est causé par l'anneau dont l'ouverture est trop étroite, on l'agrandit en l'incisant : on dilate cette ouverture avec le doigt, et l'on replace l'intestin que l'on suppose être sain et légèrement enflammé.

Cette incision des tégumens, du sac herniaire et de l'anneau doit être considérée comme une plaie simple, lorsque la hernie est petite, récente et a été opérée très-promptement. Dans une circonstance aussi favorable, il faut rapprocher les lèvres de la plaie, et les maintenir dans un contact mutuel, afin d'en obtenir la prompte réunion. Il n'y a, en effet, aucun motif à la remplir de charpie et à déterminer la suppuration.

L'incision de l'anneau ayant fait cesser l'étranglement, on juge par la vue et par le toucher, du degré d'inflammation qu'à souffert l'intestin en tirant à soi et au-dehors une portion de ce canal. Si l'inflammation dont il est attaqué est médiocre, elle se termine par résolution, après qu'on l'a replacé dans sa situation naturelle. La chaleur et l'humidité du bas-ventre produisent sur lui l'effet d'une fomentation émolliente dès l'instant que la cause morbifique n'existe plus. Néanmoins,

des malades éprouvent quelquefois, peu de temps après cette opération, les symptômes d'une inflammation qui s'est propagée dans le canal intestinal ; ce qui doit rendre très-réservé sur le pronostic, lors même que les apparences sont favorables. Le malade sera mis à la diète, et il évitera de faire les plus petits efforts en satisfaisant à ses nécessités, afin de ne point donner lieu à la sortie d'une portion d'intestin par l'anneau. On tiendra le ventre libre par des lavemens émolliens, par des boissons laxatives qui débarrassent utilement le canal des matières accumulées qui le surchargeoient. Les purgatifs irritans ne conviennent dans aucun cas. Quand la hernie est d'un volume considérable, et que le mésentère prolongé l'accompagne, on éprouve quelquefois, sur-tout lorsque le malade a beaucoup d'embonpoint, de la difficulté à réduire instantanément, après l'incision de l'anneau, une tumeur déplacée depuis long-temps, et distendue par beaucoup d'air. Nous ne pensons cependant pas qu'on doive piquer l'intestin pour en diminuer le volume, en donnant issue à ce fluide aériforme. Nous croyons la réduction possible, quoique difficile : et nous savons qu'une grande portion d'intestin exposée pendant plusieurs jours au contact

de l'air, lors même qu'elle n'est point étranglée, s'épaissit, s'enflamme, contracte des adhérences et se gangrène. Il n'est point conforme à l'observation de voir un intestin rester hors du ventre, sans inconvénient, jusqu'à ce que la réduction s'en fasse peu à peu par suite de l'amaigrissement du malade. On doit toujours se rappeler, que puisqu'une inflammation du péritoine et du canal intestinal est une maladie aiguë et souvent mortelle, le danger est encore plus imminent lorsque l'intestin, d'abord étranglé, est ensuite exposé au contact de l'air extérieur. L'opération faite à une hernie ancienne, volumineuse, est en général suivie de moins de succès que celle qui est faite à une hernie récente et d'un petit volume. Les adhérences qui peuvent se rencontrer dans une hernie intestinale sont de différentes espèces. L'intestin peut adhérer à la circonférence de l'anneau, à la face interne du sac, ou avec lui-même, dans les circonvolutions qu'il forme. L'adhérence est facile à détruire avec le doigt, si c'est une substance albumineuse qui colle ensemble les parties. On coupe avec l'instrument tranchant, ou avec des ciseaux, les brides, les filamens membraneux qui ressemblent à ceux qu'on observe si souvent après les inflammations de la plèvre

et du péritoine. Quelquefois le sac herniaire dur, épais, dans les anciennes hernies, forme de distance en distance des replis, des froncemens circulaires sur l'intestin auquel il est adhérent. Il faut séparer avec prudence, et par une section méthodique, des parties aussi étroitement unies, et prendre garde d'ouvrir l'intestin ramolli et facile à être déchiré. Ce sac a ordinairement de la mollesse, de l'épaisseur, et est dans une disposition gangréneuse qui permet de le détacher avec des pinces, comme on enlèveroit une escharre molle : c'est du moins ce que nous avons vu plusieurs fois. Lorsque ses bords sont très-épais, on doit les exciser, et remplir mollement la plaie de charpie que l'on enduit ensuite d'un digestif qui entretient une suppuration devenue nécessaire. Dans aucun cas, on ne doit point introduire de tente dans l'anneau : il suffit, pour maintenir l'intestin réduit, d'appliquer méthodiquement un appareil légèrement compressif. On recommandera au malade le repos le plus parfait ; il évitera sur-tout de faire le plus petit effort, et après sa guérison, il portera un bandage herniaire : l'opération faite avec le plus de succès et dans les circonstances les plus favorables, ne dispensant pas de ce soin.

Quelquefois les accidens persévèrent pendant plusieurs jours, quoique l'étranglement ait été levé par l'incision de l'anneau, et ils peuvent devenir mortels. Le calme semble renaître d'abord ; mais dans les uns, l'inflammation s'est propagée dans le canal intestinal ; chez d'autres, ce canal est distendu dans une de ses parties et rétréci dans une autre. Les nausées, les hoquets, les vomissemens subsistent encore, quoique les évacuations se fassent par l'anus. L'estomac semble être dans un état de spasme et d'irritation. On voit même s'établir peu de jours après l'opération un écoulement de matières stercorales par la plaie, suite inévitable de la crevasse gangréneuse de l'intestin replacé : souvent il est impossible de remédier à ces accidens secondaires, dont la cause intérieure et cachée n'est plus apparente dans le lieu de la hernie (1).

Le conseil généralement adopté de diriger vers l'épine de l'os des îles la pression par laquelle on réduit les parties qui forment la hernie inguinale, n'a pas toujours son application. Il est des cas extraordinaires dans lesquels l'intestin doit être comprimé dans un

(1) Pott, Traité des hernies, obs. 17 et suivantes.

sens contraire à la direction de l'ouverture par laquelle il est sorti. Des intestins naturellement situés dans la cavité droite du ventre peuvent s'échapper par l'anneau inguinal du côté gauche. Mery (1) a vu l'intestin cœcum et le commencement du colon former une hernie volumineuse dans le côté gauche du scrotum. Le fait suivant est une nouvelle preuve de l'étonnante complication dont les hernies sont susceptibles. Un vieillard avoit depuis cinq à six ans une hernie inguinale du côté droit, laquelle n'avoit jamais été réduite ni contenue par un bandage. Des accidens semblables à ceux de l'étranglement, tels que vomissemens, constipation, tension du ventre et fièvre, se manifestèrent. Les secours usités en pareil cas furent administrés sans succès. La tumeur peu douloureuse et sans rénitence étoit prolongée jusqu'au bas du scrotum. La réduction en étant impossible, nous nous décidâmes, le cinquième jour de ces accidens, à faire l'opération de la hernie en présence de MM. Pelletan, Louis et l'Héritier.

---

(1) Mémoires de l'Acad. des sciences, ann. 1701, p. 289, obs. 5. — D'autres auteurs ont fait la même observation. *Voyez* Haller, Disputat. chirurg. select. tom. 3, p. 32.

Les tégumens et le sac herniaire incisés, nous vîmes une anse d'intestin longue de trois à quatre pouces : c'étoit une portion du colon qui étoit sans adhérence et fort peu enflammée. L'épiploon ne participoit pas à la formation de la hernie ; l'anneau parut assez grand, assez ouvert, pour faire présumer que l'on pourroit, sans l'inciser, réduire l'intestin. En effet, ce n'étoit point son rétrécissement qui s'opposoit à la réduction. Après avoir fait inutilement quelques tentatives, l'anneau fut agrandi par une incision fort étendue qui ne facilita point la rentrée de l'intestin, malgré la pression faite en différens sens pour le réduire. Il fut également impossible de tirer au-dehors la plus petite portion de cet intestin qui paroissoit être invariablement fixé à la même place par une cause qui nous étoit inconnue. Le doigt porté profondément dans l'ouverture agrandie de l'anneau ne fit sentir ni bride, ni adhérence, ni aucune cause d'étranglement. Les mêmes accidens persévérèrent malgré quelques verres d'une solution de sulfate de magnésie dans de l'eau commune. Les consultans ne pouvant point réduire l'instestin qui étoit peu tuméfié, ni en tirer au-dehors la plus petite portion, proposèrent de l'inciser longitudinalement et parallèlement à

sa bande ligamenteuse dans l'étendue d'environ un pouce, afin de procurer, s'il étoit possible, une issue aux matières stercorales. L'incision faite et le doigt porté dans l'intestin supérieurement et inférieurement, il ne se fit aucune évacuation, et nous ne trouvâmes aucun obstacle, aucun rétrécissement; le malade mourut environ vingt heures après avoir été opéré. L'ouverture du cadavre nous fit voir que la portion gauche du colon, dont la figure est à-peu-près celle d'une S romaine, se portoit transversalement de gauche à droite sur la surface des intestins, et sortoit par l'anneau inguinal du côté droit pour y former la hernie : en sorte que plus la pression étoit exercée dans la direction naturelle de l'anneau pour réduire l'intestin, plus elle s'opposoit nécessairement à sa réduction. L'anse formée par le colon étoit, dans son trajet de gauche à droite, tortillée sur elle-même, précisément comme une corde; ce qui produisoit, dans la continuité du canal, une interruption complète. Cet intestin, dans toute la longueur de sa torsion, étoit très-adhérent à la face interne du péritoine et aux intestins grêles dont la surface étoit très-enflammée. Ainsi il étoit impossible, à raison de cette double adhérence continuée depuis la région du rein gau-

che jusqu'au bord de l'anneau inguinal du côté droit, de tirer au-dehors l'intestin et de le replacer. Il résulte de ce fait extraordinaire, que la tumeur herniaire n'étoit point étranglée dans le sens qu'on attache à ce mot, quoique le malade éprouvât tous les accidens de l'étranglement. La torsion du colon, en interrompant la continuité du canal intestinal produisoit l'effet d'un volvulus, ou passion iliaque, à laquelle il étoit impossible de remédier par aucune opération. La conséquence la plus utile à tirer de cette observation, est qu'un malade pouvant avoir tout à-la-fois un volvulus et une hernie non étranglée et non réductible, il est très-important de ne point attribuer à la présence de la tumeur herniaire des accidens qui dépendent d'une cause qui lui est étrangère et qui peut être très-variée.

Une hernie peut encore éprouver les accidens de l'étranglement par la présence de corps étrangers contenus dans l'anse de l'intestin qui forme la tumeur. Petit (1) dit avoir fait souvent cette observation : il a vu une grosse épingle, dont une partie étoit dans l'intestin, et l'autre dans le sac herniaire, avec quantité considérable de matières stercorales. Chez d'autres

(1) Œuvres posthumes, tom. 2, p. 243 et 292.

d'autres malades, il a trouvé des vers, des noyaux de cerises, des portions d'os de volaille et de mouton. Morand (1) a communiqué, en 1752, à l'Académie des sciences de Paris, l'histoire d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui avoit au bas-ventre, du côté droit et à la région iliaque, une très-grosse hernie qui fit périr ce malade. A l'ouverture du cadavre, on vit qu'elle étoit formée par une grande portion de l'intestin cœcum très-élargi, qui contenoit un amas de petits os de pieds de cochon et de noyaux de cerises, durcis ensemble et revêtus d'une substance mollasse et veloutée assez semblable à celle d'un égagropile.

Le même auteur dit qu'un homme âgé de quarante ans, attaqué d'une hernie qui rentroit aisément, y sentit presque tout-à-coup une augmentation considérable. Elle devint grosse comme le poing, longue de six travers de doigt et très-dure. Ce malade eut alors des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire et des vomissemens fréquens qu'il n'avoit point encore éprouvés. On ne jugea point à propos de tenter la réduction, à cause de l'extrême dureté qu'on trouvoit dans la tumeur : on tâcha en

(1) Opuscules de chirurgie, seconde partie, p. 165.

vain de la ramollir par des cataplasmes. Cependant le malade rendoit quelques matières stercorales par la voie naturelle. La gangrène s'étant emparée de la hernie, on incisa les tégumens, et l'on retira par la crevasse de l'intestin plusieurs petits os de pied de mouton que le malade avoit mangés goulument la veille de son accident. Ces os formoient, dans l'anse de l'intestin, une espèce de voûte sous laquelle le passage des matières stercorales étoit assez libre. Malgré la perte de substance que l'intestin avoit soufferte par la gangrène, ce malade guérit parfaitement, et sa plaie se cicatrisa.

Ces corps doivent être repoussés, autant qu'il est possible, par l'anneau, pour leur faire prendre la voie de l'anus, et l'on doit ensuite réduire l'intestin. Si cette réduction est impraticable à raison du volume et des aspérités du corps étranger qui peut même avoir ulcéré l'intestin, il faut en faire l'extraction avec des pinces, après avoir fait à ce canal une incision suffisante. On vient de voir dans l'observation qui précède, que cette ouverture a été naturellement faite par la gangrène. Des noyaux de fruits, des excrémens durcis, des pierres nommées stercorales, ont quelquefois produit, en séjournant dans un des points du

canal intestinal, une tumeur extérieure qui, ouverte par suite d'ulcération gangréneuse, a facilité l'extraction de ces mêmes corps. Un jeune homme étoit depuis deux ans réduit à un état de maigreur extrême, avec vomissement, colique, constipation. Il se forma une tumeur au côté droit du nombril, laquelle se termina par suppuration et s'ouvrit. Quelque temps après, il sortit par cet ulcère des matières stercorales, puis successivement une vingtaine de noyaux de prunes et de cerises, quoique ce malade n'eût mangé aucun de ces fruits depuis deux ans. Après la sortie d'une grande quantité d'excrémens par la crevasse de l'intestin, ce jeune homme reprit de l'embonpoint, se rétablit, mais conserva une fistule dans cet endroit (1). Les cas vulgaires sont ceux dans lesquels les pierres stercorales s'arrêtent dans le rectum, après avoir parcouru la longueur du canal intestinal dont elles interrompent jusqu'à un certain point la continuité par leur volume et par leur séjour. On en a vu qui pesoient huit onces : elles sont ordinairement formées de couches concentriques, ont de la dureté, et l'on trouve

(1) Medical essays of Edinburgh, tom. 5, part. 1, art. 34, p. 431.

dans leur centre un calcul biliaire, un noyau de fruit, ou toute autre substance autour de laquelle des excrémens se sont accumulés couches par couches. Elles produisent, en s'arrêtant dans le colon près le rein, des accidens qu'on peut prendre pour ceux de la colique néphrétique. On a pris pour un squirrhe de la rate une semblable tumeur dure, rénitente située dans la portion lombaire gauche du même intestin. Nous avons vu le cœcum excessivement dilaté pendant long-temps par la même cause, former une tumeur que l'on croyoit être squirrheuse et sur laquelle on proposoit de faire des douches, après avoir appliqué inutilement des sangsues, des cataplasmes et divers emplâtres fondans. Une pierre stercorale, retenue dans le rectum et n'ayant point encore franchi l'ouverture de l'anus, a causé, par sa pression sur le col de la vessie, de vives épreintes et une rétention d'urine considérable (1). La plupart de ces malades ont tardivement des hémorrhoides, auxquelles on attribue la cause de tous les accidens qu'ils éprouvent. Mais la constipation opiniâtre est un des symptômes principaux de cette maladie chronique, dans

(1) Gooch, Cases and remarks, p. 160.

laquelle il s'écoule quelquefois un mois et plus sans qu'on rende des matières stercorales durcies, qui séjournent depuis plusieurs années dans le canal intestinal, malgré l'usage réitéré des lavemens et des purgatifs (1). L'introduction profonde du doigt dans le rectum fait reconnoître la présence de ces pierres dont on fait l'extraction en se servant d'une curette oblongue figurée comme une cuiller, mais moins large, ou des petites tenettes usitées dans l'opération de la lithotomie.

La hernie est gangrénée lorsque la tumeur a perdu sa rénitence, sa sensibilité, lorsqu'elle est molle, pâteuse, affaissée, quoique formée par l'intestin. La peau devenue livide, rougeâtre, adhérente aux parties qu'elle recouvre, ne peut plus être soulevée. Le malade a le pouls très-foible; il ne vomit plus, mais il a des hoquets. Le secours efficace, s'il est encore possible de l'administrer, consiste à inciser les tégumens et le sac herniaire, afin de donner une issue libre aux matières stercorales fluides, infiltrées sous la peau qui est encore entière. Aussi-tôt que cette incision

(1) White, Cases in surgery. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 3, p. 57. — London medical journal, ann. 1785, p. 355: *Idem*, ann. 1786, p. 26.

est faite, ces matières s'évacuent au-dehors par la crevasse gangréneuse de l'intestin. Le malade est d'abord soulagé, mais comme il est épuisé par la diète, par la douleur et l'insomnie, il périt pour l'ordinaire de foiblesse, peu de temps après cette grande évacuation, sur-tout s'il est déjà affoibli par l'âge. Ceux qui sont jeunes, robustes, et chez lesquels la crevasse gangréneuse est peu considérable, survivent à cet accident, sur-tout lorsque l'intestin est adhérent à toute la circonférence de l'anneau; ce qui arrive presque toujours. Cette adhérence met obstacle à l'effusion des matières stercorales dans le ventre, tandis qu'elles trouvent une issue libre au-dehors, immédiatement après l'incision des tégumens. Comme il n'y a plus d'étranglement, il n'y a ni débridement de l'anneau à faire, ni réduction à tenter. La maladie abandonnée en quelque sorte à elle-même, se guérit par les forces de la nature, plutôt que par les secours de l'art. Les matières qui sortent en abondance par la plaie, exigent qu'on la lave et qu'on la nettoye fréquemment, avec un mélange d'eau et d'eau-de-vie, afin d'entretenir la propreté, en renouvelant plusieurs fois le jour l'appareil, qui consiste dans une simple application de charpie et de compresses. Les forces du ma-

lade doivent être soutenues avec un peu de vin, et des alimens liquides de facile digestion. Il est très-utile de faire prendre des demi-lavemens, pour que les matières ne s'accumulent point dans les gros intestins, entre la plaie et le rectum. Dans la suite, on donne des potions laxatives, pour favoriser le cours de ces mêmes matières par la voie naturelle. Insensiblement leur évacuation par la plaie diminue, l'intestin se fronce et se rétrécit. Après la cicatrisation de la plaie, le malade est exposé à des colliques produites par la difficulté que les matières trouvent à passer par l'intestin rétréci et formant un angle. Il peut résulter de ce rétrécissement une crevasse de l'intestin au-dessus des adhérences qu'il a contractées, et l'effusion subite des matières dans le ventre : accident nécessairement mortel, à moins que la cicatrice extérieure ne se rompe, ou ne soit agrandie instantanément par incision, afin de procurer l'expulsion des matières au-dehors, circonstance qui doit être très-rare (1). Les malades préviennent jusqu'à un certain point cet accident funeste, en n'usant que d'alimens faciles à digérer et pris modérément, en tenant habituellement le

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 4, p. 164.

ventre libre par des lavemens. S'il en est qui n'ont point éprouvé les coliques qui résultent du rétrécissement du tube intestinal ; si après la cure d'une hernie avec gangrène, quelques-uns ont joui, pendant une longue suite d'années, d'une santé parfaite, c'est parce que la tumeur herniaire avoit été formée par le colon ou par le cœcum.

Un homme avoit du côté droit une hernie inguinale gangrénée. Les excrémens sortirent par la plaie, et cependant il eut le bonheur de guérir, sans conserver un anus contre nature. La personne appelée pour donner des soins à ce malade, qui étoit jeune, crut avoir retranché, dans son opération, près de six pouces d'intestin, avec le testicule et une partie du scrotum. Ce malade ayant survécu sans infirmité pendant trente-deux ans à un accident aussi grave, on vit après sa mort, que la presque totalité du cœcum et son appendix vermiforme avoient seuls été détruits par la gangrène. Le passage des matières stercorales se faisoit librement de l'ileon dans le colon ; ce qui restoit du cœcum étoit adhérent à la face interne de l'anneau par une cicatrice ferme et ligamenteuse. Le testicule droit n'avoit pas été retranché, comme on l'avoit présumé, il étoit mol, de couleur noirâtre,

ses tuniques étoient épaisses et presque osseuses : celui du côté gauche étoit sain (1). Cette observation apprend que l'appendix vermiforme n'est pas d'une indispensable nécessité, et qu'on ne doit point croire légèrement les observateurs qui disent que des malades ont été radicalement guéris d'une hernie gangrénée, après avoir perdu la totalité d'une très-grande portion du tube intestinal. Il faut être en garde contre l'illusion que présentent des parties qu'on voit dans un état morbifique.

La gangrène ayant détruit tout le diamètre du canal intestinal, le malade, en supposant qu'il survive à cet accident, ne peut guérir qu'à l'aide d'un anus contre nature, c'est-à-dire, d'une ouverture par laquelle les matières s'écouleront continuellement et involontairement pendant toute la vie. La continuité du canal étant interrompue par une perte de substance qui est irréparable, les matières sortent par le bout supérieur de l'intestin devenu adhérent dans toute l'étendue de l'anneau, et faisant fonction d'anus ; ainsi elles n'ont plus la facilité de s'écouler par la voie naturelle. Ceux qui sont assujétis à cette

---

(1) Medical observations and inquiries, tom. 3, art. 8, p. 64.

infirmité dégoûtante, sont encore exposés, lorsqu'ils font les plus petits efforts, à la protubérance et au renversement de l'intestin qui forme extérieurement une tumeur volumineuse, rougeâtre, mollasse, presque indolente, couverte sans cesse de mucosité et parsemée de petits tubercules glanduleux. On a comparé ce renversement à celui du rectum et du vagin. Tantôt les deux bouts de l'intestin renversé sortent au-dehors : ce qui est le cas le plus ordinaire ; tantôt la portion qui répond à l'estomac, et par laquelle s'écoulent les excrémens toujours liquides, forme la tumeur, tandis que l'autre portion qui répond à l'anus, et par où il ne sort plus d'excrémens, est rétrécie et peu saillante. Cette espèce de tumeur herniaire n'est point susceptible d'une véritable réduction, il seroit même dangereux de la tenter. Elle diminue de volume en exerçant une compression légère, et en faisant garder au malade une situation horizontale; mais lorsqu'il se tient debout et qu'il fait le plus léger effort, des coliques se font sentir, et la tumeur reparoît aussitôt. On doit au contraire veiller à ce que le bout supérieur de l'intestin qui tend à se rétrécir, donne toujours issue aux matières ; et l'on prévient ce rétrécissement par l'introduction d'une tente

qui tient ce canal dilaté. Ce seroit ne pas connoître la nature de cette maladie, que de chercher à la guérir en essayant d'insinuer le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur qui répond à l'anus. Ces deux bouts du canal ont contracté avec l'intérieur de la plaie des adhérences heureusement indestructibles, qui ne permettent point cette insinuation ; et la perte de substance que l'intestin a soufferte dans tout son diamètre, est un obstacle insurmontable à une guérison que l'on a cru possible, mais qui n'a été qu'illusoire, comme le prouve l'observation insérée dans le journal de chirurgie de Desault (1). Les rédacteurs de ce journal ont fait tenir à ce praticien les raisonnemens les plus absurdes sur cette prétendue guérison. Ils lui ont fait dire « que les parois de l'abdomen, si elles étoient » entières, formeroient un supplément à la » portion du canal intestinal qui a été dé» truite, et que les matières continueroient » de passer par l'anus. » C'est ne pas connoître les élémens de sa profession, que de débiter une erreur aussi grossière.

---

(1) Tom. 1, p. 204.

Hernie crurale.

Elle est située dans le pli de la cuisse, au-devant des vaisseaux fémoraux, et elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes. Les parties dont elle est formée s'échappent par-dessous l'arcade tendineuse, nommée arcade crurale, ou ligament de Fallope. Cette tumeur herniaire n'a point été inconnue aux auteurs les plus anciens, comme on le croit vulgairement; mais ils ont donné le nom générique de bubonocèle à toutes les hernies du pli de l'aine, nommant, comme nous l'avons déjà dit, Oscheocèle la hernie descendue jusques dans le scrotum. Ce n'est que depuis environ un siècle, à mesure que l'anatomie s'est perfectionnée, qu'on a désigné sous le nom de crurale la hernie dont nous parlons dans cet article; ce qui donne plus d'exactitude et de précision, à l'idée qu'on attache aujourd'hui à ce mot. Quelque grosse qu'elle puisse être, et quoique abandonnée à elle-même, elle ne descend point aussi bas, et ne devient jamais aussi volumineuse que celle qui s'échappe par l'anneau inguinal. Lorsque l'intestin qui la forme n'est que pincé, et qu'elle est recouverte par l'une des

glandes inguinales tuméfiées dans un malade qui a d'ailleurs de l'embonpoint, cette hernie est si petite, si enfoncée, qu'il est possible de ne point la reconnoître et de se méprendre sur son véritable caractère (1).

Quand la hernie crurale est étranglée, les accidens qui surviennent sont les mêmes que ceux de la hernie inguinale, et l'on y remédie par des procédés semblables. On essaye de réduire cette tumeur, la cuisse étant à demi-fléchie, afin de détendre l'aponévrose qui est continue à l'arcade crurale : la pression que l'on exerce doit être dirigée en haut et un peu vers l'ombilic. S'il est nécessaire de faire l'opération, et c'est assez ordinairement sur les femmes avancées en âge qu'on l'exécute, elle présente, toutes choses égales d'ailleurs, un peu plus de difficulté que lorsqu'on opère une hernie inguinale dans l'homme. La tumeur est très-enfoncée dans le pli de l'aine, et les tégumens qui la recouvrent doivent être d'abord incisés longitudinalement. On trouve ensuite un tissu cellulaire épais, tendineux, avec une ou plu-

(1) Médecine opérat. par M. Sabatier, tom. 1, p. 146. — Le Blanc, nouvelle Méthode d'opérer les hernies, p. 74.

sieurs glandes lymphatiques tuméfiées, qu'il est nécessaire d'exciser, afin de mettre à découvert les parties qui sont immédiatement dessous. Si le sac herniaire ne contient pas de sérosité, s'il est appliqué sur l'intestin que l'on suppose n'être que pincé, la complication augmente. Elle est encore plus grande lorsque la hernie est gangrénée, et qu'il y a infiltration de fluide stercoral dans le tissu cellulaire. De plus, on trouve à peine un espace suffisant pour introduire une sonde cannelée et un bistouri entre l'intestin et le bord de l'arcade crurale qui est tendue, serrée, et ne se laisse entamer qu'avec difficulté par le tranchant de l'instrument. L'opération est beaucoup plus facile lorsque la hernie est d'un certain volume, étranglée depuis très-peu de temps, le sac herniaire contenant d'ailleurs assez de sérosité pour être éloigné de l'intestin. Ce sac est adhérent, par sa face postérieure, au tissu cellulaire qui recouvre immédiatement l'artère crurale. Aussi lorsqu'il se détache par escharre, cette artère reste-t-elle à nu pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les parties se rapprochent, quand la plaie est en voie de guérison. Cette situation de la hernie sur les vaisseaux fémoraux indique la nécessité d'inciser l'arcade crurale

un peu obliquement vers la ligne blanche, afin d'éviter la lésion de l'artère épigastrique.

Hernie inguinale de naissance.

C'est le nom que l'on donne à la tumeur herniaire dans laquelle une portion d'intestin ou d'épiploon est en contact avec le testicule dans la tunique vaginale, au lieu d'être enfermée, comme dans les hernies ordinaires, dans un sac formé par le péritoine. Cette disposition singulière des parties dépend primitivement de ce que les testicules de tous les fœtus encore éloignés du terme de leur naissance, sont situés sous les reins, dans la cavité du ventre, d'où ils sortent par une espèce de gaine membraneuse qui s'étend depuis cette cavité jusqu'au fond du scrotum. Si cette gaine, à-peu-près cylindrique, au lieu de se rétrécir et de se fermer complètement vers l'anneau, reste encore ouverte au moment de la naissance, alors une portion d'intestin ou d'épiploon, descend avec le testicule et forme une hernie dans laquelle la tunique vaginale fait fonction de sac herniaire. Cette maladie, dont les enfans de l'âge le plus tendre peuvent être attaqués, existe aussi chez les adultes, lorsqu'on a négligé d'y remédier dans l'instant de son

apparition. Souvent l'épiploon enveloppe le testicule, lui est adhérent, ainsi qu'au cordon spermatique, se durcit, n'est plus réductible et donne à la tumeur qu'il forme l'apparence d'un sarcocèle. Le testicule arrêté trop long-temps dans l'anneau, y contracte des adhérences, se tuméfie, devient douloureux, et produit sous les tégumens, une tumeur qui n'est point une hernie et qu'on ne doit point confondre par l'application d'un bandage. Il faut, au contraire, faciliter la descente de cet organe par l'usage du bain tiéde, par l'application des cataplasmes émolliens, par des pressions légères exercées depuis la région lombaire jusqu'au pli de l'aine, pour faire descendre, s'il est encore possible, le testicule dans le scrotum. C'est dans l'année 1749 que Haller (1) dit avoir fait, sur des fœtus humains pris à des époques plus ou moins éloignées de la naissance, la plupart de ces observations. A peine furent elles connues, que Hunter, Pott et Camper s'empressèrent de les vérifier, d'en certifier l'exactitude et d'en faire sentir toute l'utilité. Ceux qui jusqu'à cette époque avoient vu sur des adultes atta-

(1) Elementa physiolog. tom. 7, p. 412. — Ejusdem opuscula patholog. p. 53, obs. 28.

qués de hernie de naissance, l'intestin en contact avec le testicule et enfermé dans la tunique vaginale de cet organe, croyoient que cette disposition particulière dépendoit de la rupture du sac herniaire et de celle de la tunique vaginale. Cependant long-temps avant la découverte de Haller, l'explication du phénomène dont il s'agit avoit été donnée par Méry (1) dans l'observation dont voici l'extrait.

Le 28 août 1701 mourut dans l'Hôtel-Dieu de Paris un homme qui avoit dans le côté droit du scrotum une hernie du volume d'une boule de mail. Cette tumeur étoit comme suspendue par un cordon de deux à trois pouces de longueur et d'un pouce environ de diamètre. On auroit pu soupçonner, en ne considérant que sa forme, qu'elle consistoit en un gonflement du testicule et du cordon spermatique. Ce malade éprouva, pendant dix à douze jours, tous les accidens de l'étranglement. A l'ouverture du cadavre, on trouva les intestins enflammés. Le scrotum incisé, on vit que l'épiploon formoit la plus grande partie de la hernie, sans être adhérent à l'an-

(1) Mémoires de l'acad. des sciences, ann. 1701, p. 282, obs. 3.

neau inguinal ; mais il embrassoit étroitement le cordon spermatique, et étoit si exactement uni au testicule qu'il enveloppoit, qu'on n'auroit pu l'en séparer sans déchirement. Une petite portion d'intestin de couleur noire étoit étranglée dans l'anneau. Cette adhérence de l'épiploon au cordon spermatique et au testicule n'est point, dit Méry, l'effet de la rupture de la tunique vaginale qui s'est trouvée saine et entière. « On ne peut » rendre raison de cette union extraordinaire » qu'en supposant dans le malade dont il s'agit » une gaine naturelle au péritoine, semblable » à celle qui se rencontre dans les mâles de » plusieurs espèces d'animaux. Cette gaine, » naturellement creuse, communique dans la » capacité du ventre, s'étend depuis les îles » jusque dans le fond du scrotum, et renferme » les vaisseaux spermatiques avec le testicule » qui sont attachés à sa surface intérieure par » une membrane très-déliée, large d'environ » deux lignes et de la longueur de la gaine » elle-même. Cela supposé, il est aisé de s'imaginer que l'épiploon descendu dans cette » gaine a pu s'unir facilement au cordon » spermatique et au testicule, par le long » séjour qu'il a fait dans sa cavité, ce qui » paroît d'autant plus vraisemblable, que

» l'épiploon s'est trouvé parfaitement sain, et » que la tumeur qu'il formoit autour du testi» cule n'a jamais pu rentrer dans le ventre ».

La hernie de naissance (*hernia congenita*) se reconnoît par l'époque de sa formation et en s'assurant par le toucher de la position du testicule, qui est quelquefois dans le ventre ou dans l'anneau, quoiqu'une portion d'intestin ou d'épiploon soit déjà descendue dans la tunique vaginale. Si le testicule est dans sa place naturelle, et si la hernie est volumineuse, on ne sent pas distinctement cet organe qui est contenu dans le centre de la tumeur. Quoique les enfans de l'âge le plus tendre puissent avoir une hernie inguinale ordinaire, il est néanmoins probable qu'elle est de l'espèce congénitale à cette époque de la vie. Elle se prolonge jusqu'au bas du scrotum avec tuméfaction du cordon spermatique, et si l'on néglige d'y remédier, la tumeur n'est plus réductible à raison des adhérences que l'épiploon et l'intestin contractent très-aisément avec le testicule et l'intérieur de la tunique vaginale. Il résulte de ces adhérences, que cette hernie venant à s'étrangler, l'opération par laquelle on remédie à cet accident est plus laborieuse et exige plus d'habileté que l'opération faite aux hernies ordinaires. On croit

avoir observé que l'étranglement est alors produit par le rétrécissement du col de la tunique vaginale faisant fonction de sac herniaire, plutôt que par la constriction ou l'étroitesse de l'anneau inguinal qui, en effet, a subi dans le cas supposé une ancienne dilatation. Lorsque cette hernie n'est plus réductible, elle produit une incommodité que l'on conserve pendant toute la vie et que l'on rend jusqu'à un certain point supportable par l'usage habituel d'un suspensoir qui borne les progrès de la tumeur. Si les accidens de l'étranglement se manifestent, et il est rare qu'ils ne surviennent pas tôt ou tard chez les personnes qui se livrent à un travail pénible, on incise les tégumens et la tunique vaginale, on met à découvert le testicule et les parties qui sont déplacées, et l'on remédie, comme dans les autres hernies étranglées, aux diverses complications qui se présentent.

Hernie de l'épiploon.

L'ÉPIPLOON, membrane graisseuse et flottante sur la surface des intestins, peut former à lui seul une tumeur herniaire qui prend le nom de hernie épiploïque. Souvent aussi, une hernie est formée à l'anneau inguinal, à

l'arcade crurale, au nombril, par une portion d'épiploon et d'intestin. On croit avoir observé que les hernies épiploïques sont plus fréquentes du côté droit que du côté gauche. Une observation plus certaine, c'est que l'épiploon formant une tumeur herniaire n'est pas susceptible de se replacer de lui-même, par sa propre action, comme un intestin déplacé. Pour peu que cette membrane graisseuse séjourne dans le sac herniaire qui la contient, elle change de forme, se durcit, devient compacte, rénitente, contracte des adhérences avec l'intérieur du sac, s'enflamme, suppure et même se gangrène. Ces altérations impriment quelquefois à la hernie épiploïque différens aspects qui contribuent à la faire méconnoître lorsqu'on manque d'expérience. On a pris une hernie de l'épiploon par l'anneau inguinal et prolongée jusque dans la partie inférieure du scrotum, pour un troisième testicule, phénomène qui n'a jamais eu de réalité. Cette même hernie a quelquefois dans les petits enfans l'apparence d'un hydrocèle : illusion qui dépend de la légèreté de la tumeur, de sa transparence, de la finesse de la peau, de l'amincissement et de la maigreur de l'épiploon dans le premier âge (1). Plu-

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 3, p. 404.

sieurs observations communiquées par M. Pipelet (1), prouvent qu'il est souvent difficile de distinguer, au premier coup-d'œil, une hernie épiploïque d'un varicocèle. Si l'on met le malade dans une situation favorable à la réduction de la tumeur, celle qui est simplement variqueuse ne change pas de forme, tandis que l'on sent de la diminution dans le volume de la hernie. De plus, quand le malade tousse, ou qu'il se mouche, on distingue l'impulsion des parties intérieures, et ce dernier signe, bien jugé, est communément décisif. Ce même signe peut servir encore à dissiper l'illusion que présente l'épiploon échappé par-dessous l'arcade crurale et formant au pli de la cuisse une petite tumeur dure, inégale, un peu douloureuse, et qu'on pourroit prendre pour un bubon vénérien, ou pour l'engorgement des glandes de l'aine. Enfin une ancienne hernie épiploïque suppurée, peut se manifester sous la forme d'un hydrosarcocèle, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Un homme âgé de soixante-six ans avoit, de puis environ dix années, au côté gauche du scrotum, une hernie épiploïque qui n'avoit

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 5, p. 644.

jamais été réduite, ni contenue par un bandage. La tumeur étoit plus grosse que le poing et d'une forme ovale; le cordon spermatique paroissoit dur, squirrheux, la couleur de la peau n'étoit point changée, et ce malade n'éprouvoit aucun des accidens de l'étranglement. On sentoit, à la partie inférieure de la tumeur, une fluctuation distincte et de la dureté à sa partie supérieure immédiatement au-dessous de l'anneau. Le cordon spermatique paroissoit dur et tuméfié. Cette hernie fut prise pour un hydro-sarcocèle, maladie qu'on ne guérit que par l'opération de la castration. Cette opération ne fut point pratiquée à cause du grand âge du malade, de sa foiblesse et de la tuméfaction du cordon. Une ponction donna issue à cinq ou six onces d'un fluide sanguinolent et puriforme. Il fut ensuite aisé de sentir le testicule qui n'étoit point tuméfié et qui étoit situé à la partie postérieure et un peu inférieure de la tumeur. Quelques jours après, cette tumeur s'étant remplie de nouveau, on l'incisa dans toute sa longueur, et l'on reconnut que la maladie consistoit en une hernie épiploïque très-dure vers l'anneau, en suppuration dans sa partie inférieure : elle recouvroit le cordon spermatique auquel elle étoit adhérente. La plus

grande partie de cette masse dure, qui depuis long-temps n'étoit plus susceptible de réduction, fut ôtée avec l'instrument tranchant. Huit à dix jours après cette opération, la plaie se gangréna, la respiration devint gênée, le malade s'affoiblit et mourut. Nous trouvâmes dans la cavité droite de la poitrine un épanchement séreux très-considérable. Les extrémités inférieures n'étoient point œdémateuses. Les viscères du bas-ventre étoient sains; le cordon spermatique n'étoit ni dur, ni squirrheux, l'épiploon étoit peu adhérent à la face interne de l'anneau, le testicule et la tunique vaginale étoient dans la plus parfaite intégrité.

Le diagnostic des hernies épiploïques est quelquefois difficile à saisir, et il l'est sur-tout lorsque la hernie est compliquée d'hydrocèle, ou d'hydro-sarcocèle. Elle est en général accompagnée de moins de danger et d'accidens moins graves que la hernie intestinale. Cependant l'épiploon, à raison de ses connexions avec l'estomac et l'arc du colon, produit, en se déplaçant, des nausées, des tiraillemens plus incommodes après le repas que lorsqu'on est à jeun, et plus sensibles encore quand on se tient droit, que quand on incline le corps en devant. On croit aussi avoir observé

qu'une hernie épiploïque récente incommode davantage que celle qui est ancienne : peut-être à cause de l'alongement successif de l'épiploon, ce qui diminue le tiraillement de l'estomac et du colon. La tumeur qu'elle forme est molle, inégale et presque indolente lorsqu'on la comprime : elle ne paroît pas subitement comme la hernie intestinale, mais lentement et par des degrés insensibles. La réduction en est plus ou moins facile, selon que la tumeur est molle et récente, ou dure et ancienne. Dans ce dernier cas, il est souvent nécessaire, pour opérer cette réduction, de faire garder le lit au malade, de diminuer ses alimens s'il a beaucoup d'embonpoint, d'appliquer d'abord des cataplasmes émolliens, puis des emplâtres fondans, résolutifs, de faire même de très-petites frictions mercurielles sur la tumeur lorsqu'elle est très-dure. Cette réduction se fait peu à peu, progressivement, quelquefois d'elle-même, plutôt que par le taxis. Si l'adhérence de l'épiploon avec le sac herniaire s'oppose à la réduction, l'unique moyen de borner les progrès de la tumeur consiste à la soutenir avec un suspensoir, en supposant qu'elle soit prolongée jusque dans le scrotum ; mais si la hernie s'est faite par l'arcade crurale, ou par l'ombilic, la

pression d'une pelote dure et creuse sur la tumeur la meurtrit, la rend douloureuse et la fait tomber en suppuration : c'est alors un abcès qu'il faut ouvrir. Quand cette hernie est étranglée, le malade a des nausées, des hoquets, des coliques, des tiraillemens au creux de l'estomac, et de la fièvre. Ces accidens sont un peu plus intenses, si une petite portion d'intestin est comprise dans la tumeur ; ce qui arrive assez souvent, et ce dont il est difficile de s'assurer. La tumeur herniaire se ramollit, les tégumens s'amincissent, deviennent rougeâtres, et il y a nécessité urgente de les inciser et d'opérer le débridement de l'anneau ou de l'arcade crurale. Si l'épiploon est dans un état inflammatoire, s'il a une couleur d'un rouge très-vif, ses vaisseaux étant gorgés de sang, cette inflammation occupe ordinairement la plus grande partie de cette membrane graisseuse et ne se termine point par résolution, mais par suppuration ou par gangrène, ce qui fait périr le malade. C'est lorsqu'on excise une partie de l'épiploon ainsi enflammé, qu'il survient une hémorragie. On retranche avec des ciseaux la portion d'épiploon gangrénée ou en suppuration : celle qu'on ne peut réduire, à cause de son volume, ou de sa dureté, doit être laissée dans la plaie où elle

se flétrit, suppure et tombe, tandis que la portion qui est saine contracte avec l'intérieur de l'anneau une adhérence qui contribue à obturer cette ouverture. Les dangers d'une ligature faite à une portion saine de l'épiploon sont connus de tous les praticiens.

Hernie ombilicale.

C'est l'exomphale des Grecs. Tumeur formée dans le centre, ou dans la circonférence du nombril, par la sortie hors du ventre d'une portion d'intestin et d'épiploon. Cette hernie, très-commune chez les enfans de l'âge le plus tendre, se fait toujours chez eux dans le centre du nombril : elle est produite, comme les autres hernies, par les cris, les efforts, les vomissemens, la toux opiniâtre, et par tout ce qui peut dilater l'anneau ombilical naturellement foible à cet âge. On sait que la ligne blanche est percée à-peu-près dans le milieu de sa longueur, par une ouverture ronde qui donne passage, dans le fœtus, aux vaisseaux ombilicaux. Cette ouverture, dont le contour est un tissu aponévrotique, se rétrécit et se ferme quelque temps après la naissance. La peau naturellement trouée dans l'endroit où doit être un

jour le nombril, s'avance sur le cordon ombilical, et le recouvre dans l'étendue de sept à huit lignes. Le cordon se détache toujours dans cet endroit, où la peau prolongée en manière d'appendice digitale se termine en s'amincissant, quelle que soit la distance du bas-ventre où il a été lié et coupé. Ainsi le nombril devient une espèce de cicatrice formée par le rétrécissement de l'anneau, et par la rétraction intérieure de la peau : rétraction qui se fait peu à peu après la chute du cordon. Il tombe ordinairement dans les cinq ou six premiers jours de la naissance : vers le huitième, la cicatrice est faite ; mais comme elle est foible, il est nécessaire, pour éviter la formation d'une hernie, d'appliquer pendant quelque temps, sur le nombril, une compresse de linge fin que l'on maintient par quelques tours de bande. Lorsque la hernie se manifeste dans les premiers mois de la naissance, elle prend une forme oblongue, un peu large dans sa base, est renfermée dans un sac herniaire très-mince, et dans une portion de peau prolongée en manière de doigt de gand. Elle est facile à réduire, mais elle reparoît au moindre effort : peu à peu l'anneau s'élargit, la maladie devient habituelle, et l'enfant est fatigué, après ses repas, de vo-

missement ou de nausées, quoiqu'il n'y ait ni adhérence, ni étranglement. Cette hernie est ordinairement formée par une portion d'épiploon et d'intestin jejunum qu'on apperçoit quelquefois à travers la peau fine et amincie qui la contient.

Les auteurs les plus anciens avoient proposé, pour obtenir à cet âge une cure radicale et prompte, d'exciser cette portion prolongée de la peau, afin de procurer une cicatrice ferme et solide. D'autres ont conseillé d'en faire la ligature avec un fil ciré, le plus près qu'il est possible du ventre, la hernie étant préliminairement réduite. Ce procédé douloureux, renouvelé dans ces derniers temps, est très-incertain, parce que la guérison de la hernie ne dépend point de l'excision de la peau qui la recouvre, ni de la cicatrice qui se forme consécutivement; mais uniquement du rétrécissement gradué et de l'occlusion de l'anneau ombilical. Les rédacteurs du Journal de chirurgie de Desault (1) ont fait dire à ce praticien, « que le rapprochement *physique*, que l'agglutination, la » soudure des parties rapprochées étoient le » résultat de l'inflammation qui seule peut

(1) Tome 2, p. 216.

» produire l'effet desiré » ; ce qui, en d'autres termes, signifie que l'inflammation produite à la peau par la ligature qui la fait tomber en gangrène, a la propriété de resserrer l'anneau et de le fermer, opinion contraire aux premières notions de l'art de guérir.

Les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, celles qui ont beaucoup d'embonpoint, sont souvent attaquées de hernie ombilicale, par suite de l'élargissement et de l'affoiblissement de la ligne blanche dans la région du nombril. Cette hernie se forme ordinairement avec lenteur, est d'abord petite et réductible; quelquefois elle se forme subitement après un léger effort, le ventre étant très-distendu par une grossesse avancée. Quand elle existe depuis un certain temps, elle disparoît ordinairement sur la fin de la grossesse; mais elle reparoît aussi-tôt que la femme est accouchée. Elle est, comme toutes les autres hernies, susceptible d'adhérence et d'étranglement, lorsqu'on l'abandonne à elle-même et qu'on néglige de la maintenir réduite par un bandage. Alors elle acquiert insensiblement un volume très-considérable, est incommode par son poids, et produit des coliques habituelles. L'épiploon, une grande partie du jejunum, une partie de l'arc du colon et même

de l'estomac, concourent à former ces anciennes et volumineuses hernies du nombril, qui par laps de temps deviennent adhérentes, irréductibles et s'étranglent très-promptement (1).

Il est certain que le péritoine forme au nombril un sac herniaire, comme il en forme un pour les hernies de l'aine; mais il est quelquefois si mince, et tellement adhérent à l'aponévrose qui forme la ligne blanche dans la région ombilicale, qu'il semble ne point exister. La peau, l'aponévrose, le sac herniaire, dans une hernie ancienne et volumineuse, ne forment, pour ainsi dire, qu'une seule et même enveloppe, tant ces parties ont perdu de leur épaisseur par une longue distension. On les distingue beaucoup mieux dans une hernie récente et d'un petit volume. Si l'étranglement survient quand la hernie est volumineuse, irréductible, compliquée d'anciennes adhérences, accident mortel par la gangrène qui s'empare très-promptement de la tumeur, on ne trouve point après la mort de sac herniaire, malgré toute l'attention avec laquelle on examine les parties.

---

(1) Ranby, philosoph. Transactions, ann. 1731, vol. 37, art. 7, p. 221.

Une femme d'un embonpoint considérable portoit, depuis une vingtaine d'années, une hernie ombilicale du volume de la tête d'un adulte : elle avoit eu plusieurs enfans, étoit habituellement tourmentée de coliques, de maux d'estomac, de diarrhée. Elle soutenoit avec un large suspensoir de peau de chamois, sa tumeur, qui depuis long-temps n'étoit plus réductible. A la suite d'une indigestion, le ventre se tuméfia, des vomissemens survinrent; la tumeur qui étoit dure, inégale, douloureuse, enflammée, se gangréna dans l'espace de trente-six heures. Cette femme mourut sans qu'il fût possible de lui procurer le plus petit soulagement. Les tégumens étoient si minces, que nous ne pûmes les inciser sans ouvrir quelques-unes des circonvolutions de l'intestin jejunum. Nous ne trouvâmes point de sac herniaire ; l'épiploon avoit été probablement aminci, usé et troué, car il formoit une grande ouverture circulaire à travers laquelle avoit passé la masse intestinale qui étoit immédiatement sous la peau.

Nous avons fait la même observation sur d'autres hernies ombilicales, anciennes, volumineuses, que portoient des femmes qui avoient eu plusieurs enfans. Chez elles, la ligne blanche

blanche est très-élargie et fort amincie; elle est adhérente à la face interne de la peau qui dans ces femmes grasses est très-fine. Les muscles droits sont fort larges, leurs fibres sont très-éloignées les unes des autres : il n'y a pas de sac herniaire. Les intestins qui forment la tumeur sont immédiatement sous la peau, sans être recouverts par l'épiploon. Cette disposition morbifique des parties n'existe point dans les hernies ombilicales d'un petit volume. Lorsqu'on les opère quand elles sont étranglées, on trouve un sac herniaire, à la vérité fort mince, ne contenant point de sérosité, mais une quantité plus ou moins grande d'épiploon et d'intestin. Cette opération se fait en incisant d'abord les tégumens crucialement : on en dissèque ensuite les lambeaux, afin de mettre complètement les parties à découvert. Si l'ouverture aponévrotique par laquelle elles se sont échappées est trop étroite, on l'agrandit par une incision de quatre à cinq lignes que l'on fait du côté gauche, un peu obliquement, vers le diaphragme, afin d'éviter la lésion de la veine ombilicale. Au reste, la situation de la hernie qui dans les adultes est quelquefois immédiatement au-dessus, ou à côté du nombril, décide de la direction que l'on doit donner à

cette incision. L'opération n'est suivie de succès qu'autant qu'elle est faite très-promptement, les parties étranglées étant dans un état d'intégrité. Le malade périt, si l'inflammation de l'épiploon est considérable : quand elle se termine par suppuration, ce qui est ordinaire, le pus n'a pas toujours une issue libre par la plaie. On trouve à l'ouverture du cadavre de longues traces d'inflammation et de suppuration qui se prolongent jusqu'au colon et à l'estomac. On évite tous les dangers de cette maladie, en maintenant la hernie réduite, quand elle est récente, par l'application d'un bandage circulaire, élastique, dont la pelote un peu large doit être proportionnée au volume de la tumeur. Une erreur assez commune, est de prendre pour une hernie commençante, dans des jeunes gens et dans des adultes, une très-petite tumeur molle, compressible, située dans le centre même du nombril. L'illusion dépend, autant que nous avons pu en juger, de la situation de la tumeur qui nous a paru être formée par du tissu cellulaire graisseux. Nous faisons cette remarque, afin de dispenser de la peine de porter un bandage ceux auxquels on pourroit l'appliquer inutilement, pour les préserver d'une maladie qu'ils n'ont point.

Hernie ombilicale de naissance.

Cette espèce de hernie, particulière au fœtus, se forme pendant qu'il est encore contenu dans l'utérus. C'est un vice de conformation dans la région du nombril, que quelques enfans de l'un et de l'autre sexe apportent en naissant. Les tégumens ne recouvrent point cette tumeur herniaire : elle n'est point produite par des cris, ou par des inspirations long-temps retenues, puisque le fœtus ne respire point dans la matrice. Les anatomistes (1) qui l'ont observée ont vu qu'elle se présentoit sous différens aspects, en raison des progrès dont elle est susceptible, et du temps où elle commence à se former pendant la grossesse. Dans quelques individus, c'est une hernie peu volumineuse qui n'est point ordinairement recouverte par la peau du nombril, et qui n'a pour enveloppe que le péritoine. Dans d'autres, les intestins grêles forment, par leur sortie hors du ventre, une

---

(1) Rusych, Obs. anat. chirurg. obs. 71, — Mémoires de l'Acad. des sciences, ann. 1716. — Haller, Opera minora, tom. 2. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. epistol. 48, art. 55.

tumeur volumineuse dépourvue de peau, et recouverte également par le péritoine distendu et aminci. Dans quelques-uns, l'estomac, les intestins grêles et une portion du foie sont absolument à nu, exposés au contact de l'air, au moment où le fœtus vient au monde, le péritoine ayant été déchiré par le volume et la protrusion des parties. Quelquefois enfin une portion du foie forme seule la tumeur qui est alors d'un rouge brun, arrondie, rénitente et rarement réductible. Cette tumeur, dont le volume est à-peu-près celui d'une orange, augmente lorsque l'enfant crie, lorsqu'il fait des efforts : c'est ce que l'on a nommé hépatocèle, ou hernie du foie. Elle n'est de même recouverte que par le péritoine.

Nous avons présumé que ce viscère tout sanguin, qui est susceptible d'acquérir par turgescence un volume excessif et une configuration vicieuse, étoit la cause primitive de la hernie ombilicale de naissance, soit hépatique, soit intestinale (1). La pression qu'il exerce de dedans en dehors sur la paroi antérieure du ventre, rend d'abord cette par-

---

(1) Mémoires de physique et de mathématique de l'Institut, tom. 3, p. 378.

tie saillante et convexe. A mesure que le ventre se distend, la ligne blanche s'agrandit et devient une espèce de centre ovale qui acquiert, comme dans toutes les femmes grosses, une grande largeur. L'écartement de la ligne blanche est bientôt suivi d'une rupture à travers laquelle une portion du foie ou une partie des intestins s'insinue. La peau s'écarte autour du cordon ombilical, s'entr'ouve et forme une espèce de bourrelet vers la base de la tumeur, comme le gland de la verge se découvre par le renversement du prépuce dans le paraphymosis.

Les fœtus attaqués de cette maladie périssent pour l'ordinaire dans l'utérus, ou peu de jours après leur naissance. Morgagni a vu un enfant qui a vécu pendant trente-cinq jours avec une semblable tumeur, grosse comme le poing, située au côté droit du nombril, et formée par une portion du foie. Quand la hernie est intestinale, la dissection a fait voir que c'est par une ouverture étroite de la ligne blanche que se fait la sortie des intestins. Cette fente devient, par la présence de la tumeur qui la traverse, une ouverture ronde qui redevient une crevasse longitudinale, aussi-tôt que les parties sont réduites. Cette maladie paroît être supérieure à toutes les ressources de l'art.

La tumeur est, comme on l'a dit, presque toujours irréductible, à raison de son volume et des adhérences qu'elle a contractées : elle se gangrène pour l'ordinaire peu de jours après la naissance, et il n'y a point d'opération à tenter pour remédier à l'étranglement dont elle est susceptible.

Hernie diaphragmatique ou *thorachique.*

Lorsque le diaphragme a été divisé par un instrument tranchant, cette plaie ne se cicatrise point, et devient une ouverture à travers laquelle l'estomac, l'arc du colon, une portion de l'épiploon s'introduisent aussi-tôt dans la cavité gauche de la poitrine : c'est ce que l'on nomme hernie thorachique. Paré (1) et Sennert (2) sont les premiers qui l'ont observée. Ils ont trouvé dans la cavité de la poitrine l'estomac tout entier, et une portion du colon qui s'y étoient introduits à travers une plaie subsistante et très-étroite du diaphragme. Parmi les malades qui ont éprouvé cet accident, les uns guéris d'ailleurs de leurs blessures extérieures, ont eu, pendant tout le temps qu'ils ont vécu, des vomissemens, des

(1) Liv. 10, chap. 32.

(2) Fab. Hildan. centur. 2, obs. 33.

étouffemens, de la difficulté à digérer par suite de la pression que l'estomac ou le colon exerçoient sur le poumon gauche et sur le cœur successivement déplacé et déjeté à droite. D'autres sont morts de gangrène au colon, produite par l'étranglement que cet intestin a souffert en s'insinuant dans l'ouverture accidentelle du diaphragme. Si la plaie est considérable, avec effusion de sang dans la cavité abdominale, la mort est très-prompte, et il se fait une irruption subite de l'estomac, et d'une grande partie du canal intestinal dans la poitrine.

Un soldat reçut un coup d'épée au-dessous du cartilage xiphoïde : à l'instant même il éprouva une grande difficulté de respirer, des hoquets, de la foiblesse, et perdit beaucoup de sang par sa plaie. La partie inférieure du ventre s'affaissa, la région épigastrique se tuméfia : ce malade eut de fréquentes syncopes et mourut. A l'ouverture du corps, on trouva dans la poitrine la portion gauche de l'estomac, une partie du duodénum et du colon qui s'y étoient introduits par une plaie du diaphragme, très-près de l'ouverture qui donne passage à l'œsophage ; la cavité du ventre étoit remplie de sang coagulé (1).

(1) Glaudorp, Speculum chirurg. obs. 28.

On trouve dans une dissertation de Kirschbaum, imprimée en 1749 à Strasbourg (1), plusieurs exemples de lésions du diaphragme, suivies de hernies thorachiques. Des vomissemens violens et non interrompus, une forte contusion dans la région épigastrique, une chute faite d'un lieu très-élevé sur la même région ou sur le dos, une violente contraction des muscles du bas-ventre pendant une inspiration long-temps retenue, ont produit le même résultat. Le diaphragme se déchire, le sang s'épanche dans le ventre qui s'affaisse; la partie inférieure de la poitrine se tuméfie, l'estomac et une partie des intestins s'insinuent dans la poitrine, compriment le cœur et les poumons. Le malade périt instantanément avec convulsion des muscles de la face, symptôme de la lésion du diaphragme. Les mêmes phénomènes ont été observés sur des chevaux essouflés par une course rapide et commencée l'estomac étant plein. Le diaphragme se déchire avec encore plus de facilité que dans l'homme, le sang s'épanche dans le ventre, l'animal meurt promptement et avec des mouvemens convulsifs. L'estomac, qui ne peut se vider par le vomissement,

(1) Haller, Disputat. chirurg. selectæ, tom. 3, p. 213.

passe dans la poitrine, se crève, et permet aux alimens de s'y épancher.

Cette rupture du diaphragme, ou plutôt l'écartement de quelques-unes de ses fibres charnues, formant une ouverture à travers laquelle s'insinue l'estomac ou une portion du colon dans la cavité gauche de la poitrine, se fait quelquefois au moment de la naissance, dès l'instant que l'enfant commence à respirer. Aussi a-t-on regardé cette espèce de hernie comme un vice de première conformation que l'on conserve plus ou moins longtemps. On lit dans les Transactions philosophiques (1), qu'un enfant mort deux mois après sa naissance, avoit éprouvé, pendant cet espace de temps, la plus grande difficulté à respirer. On trouva l'estomac, la plupart des intestins et une portion du mésentère dans la poitrine, où ils avoient passé par une ouverture voisine de celle qui, dans le petit muscle du diaphragme, donne passage à l'œsophage. Un autre enfant mourut dix mois après sa naissance. Il avoit toujours eu de la difficulté à respirer, des vomissemens et de la toux. A l'ouverture du cadavre, Fothergill (2)

(1) Ann. 1701, art. 4, p. 992.

(2) Philosoph. Transactions, ann. 1746, vol. 44, art. 3, part. 1, p. 11.

trouva dans la cavité gauche de la poitrine l'estomac, l'iléon, le cœcum, son appendice vermiforme, et une partie du colon.

Plusieurs personnes ont vécu très-long-temps avec ce vice de conformation : il suffit d'en citer quelques exemples.

Un homme âgé de quarante-quatre ans, et qui avoit depuis long-temps une fièvre tierce, prit, par le conseil d'un empyrique, une préparation d'antimoine qui produisit, pendant sept à huit heures, de violentes nausées, mais sans vomissement. Ce malade mourut dans la journée. A l'ouverture de son cadavre, on trouva dans le côté droit de la poitrine l'estomac distendu et rempli de fluide. Le poumon droit n'existoit point : le gauche, qui a toujours deux lobes et quelquefois trois, n'en avoit qu'un. Néanmoins cet homme n'avoit jamais éprouvé de difficulté de respirer pendant tout le cours de sa vie : ses fonctions se faisoient librement, malgré les fatigues qu'il avoit essuyées en servant dans les armées. Rivière (1), auteur de cette observation, remarque judicieusement, qu'il n'existoit aucune trace de rupture récente au diaphragme, et que cette transposition de l'estomac étoit de naissance.

(1) Centur. 4, obs. 67.

Les Mémoires de l'Académie des sciences de Paris, année 1729, page 11, font mention d'un fait encore plus extraordinaire. Il y est dit, qu'à l'ouverture du corps d'un officier militaire, on trouva l'estomac et le colon dans la cavité gauche de la poitrine, où ils entroient en perçant le diaphragme : la rate y entroit aussi, mais seulement par sa moitié supérieure, et avoit de même son passage à travers le diaphragme. Les endroits où ce muscle étoit percé, contre l'ordre naturel, étoient des espèces d'anneaux cartilagineux, fortement adhérens aux corps qu'ils embrassoient; ce qui fit croire que cette disposition étoit un vice de première conformation. Le colon, après avoir percé le diaphragme vers sa partie latérale gauche, couvroit l'estomac et perçoit encore le diaphragme vers sa partie moyenne, pour rentrer dans sa place naturelle, et continuer le conduit intestinal. Les poumons comprimés étoient flétris, affaissés et incapables d'une grande dilatation. Le côté droit de la poitrine étoit rempli de sérosité, ce malade étant mort hydropique. Le cœur étoit très-gros, excessivement dilaté, comme il l'est dans la plupart des hydropisies de poitrine.

On trouve dans les Œuvres posthumes de

Petit, tome 2, page 229, deux observations sur des hernies thorachiques fort anciennes, qui existoient probablement depuis la naissance, et causoient de la difficulté dans la respiration. L'estomac, l'épiploon, et une partie du colon avoient passé dans la cavité gauche de la poitrine par une ouverture ou fente ovale du diaphragme. L'auteur pense que ces parties qui n'étoient point adhérentes, passoient alternativement du ventre dans la poitrine et de la poitrine dans le ventre, selon que l'estomac étoit dans un état de plénitude ou de vacuité; ce qui n'est nullement démontré.

Hernies ventrales.

Tumeurs herniaires, qui se forment en différens points de la surface du bas-ventre, antérieurement et latéralement, excepté à l'endroit des ouvertures naturelles de cette cavité. Elles ont été connues des auteurs les plus anciens (1); mais les modernes les ont

---

(1) Divulsio, ruptura ventris, Hippocrates, de morbis vulgarib. lib. 2. Quæ ad imum ventrem rupta fiunt si circa pubem accedunt, ut plurimum statim sunt indolentia. Quod si dextram umbilici superiorem partem attingat, dolorem et corporis jactationem afferunt et

décrites avec beaucoup plus d'exactitude (1). Elles sont ordinairement molles, peu douloureuses, compressibles, rarement susceptibles d'étranglement, et ont une base large. Lorsqu'on les comprime avec la main, elles disparoissent, sur-tout quand on est à jeun et situé horizontalement : elles reparoissent aussi-tôt qu'on cesse de les comprimer, le malade étant debout, faisant un léger effort, ou l'estomac étant plein d'alimens. Leur volume est quelquefois très-considérable: on en a vu qui avoient la forme d'un second ventre qui tomboit sur les cuisses. C'est alors une véritable éventration produite par le déplacement de l'épiploon, du jejunum, de l'iléon et d'une grande portion du mésentère (2).

---

stercoris per vomitum eductionem, velut etiam Pittaco accidit. Fiunt autem rupta explaga, aut diruptione aut alterius assultu. — Cornel. Celsus, lib. 7, cap. 17. — Galenus, Administ. anatom. lib. 5, cap. 6.

(1) Le Dran, Opérations de chirurgie, p. 142. — Garengeot, Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 1, page 700. La Chausse, Dissertatio de hernia ventrali. Dissertat. chirurg. select. Haller, t. 3, p. 183.

(2) Vastissima omphalocele M. A. Severin de abcessuum natura, cap. 21, p. 265. — Saviard, observ. 59, p. 264. — Garengeot, Mémoires de l'Acad. de chirurg. tom. 1.

Ces hernies sont produites, ainsi que les autres, par toutes les causes qui peuvent affoiblir lentement ou subitement les parois du ventre : telles sont les grossesses réitérées, les contusions, les plaies qui pénètrent dans la cavité abdominale, sur-tout celles qui résultent de l'opération césarienne, ainsi que les efforts, les vomissemens. Parmi ces hernies, les unes ont un sac herniaire, les autres n'en ont point : selon que le péritoine et les muscles affoiblis ont cédé à l'impulsion des parties, ou ont été divisés. Quelques-unes se forment sur les parties latérales du ventre, dans l'intervalle qui existe entre la dernière côte et la crête de l'os des îles : d'autres sont situées au-dessus de l'arcade crurale. On a vu un homme avoir successivement quatre de ces hernies : savoir une au-dessus et l'autre au-dessous du nombril, et deux autres vers les régions lombaires (1). Elles étoient survenues après des vomissemens violens. Un autre homme avoit dans la région épigastrique droite, vers l'hypocondre du même côté, une hernie dont le volume égaloit celui de la tête d'un enfant. Ces hernies ont pour enveloppe la peau, les muscles et le péri-

---

(1) La Chausse, Dissertatio de hernia ventrali, p. 194.

toine. Si la tumeur est d'un volume considérable, si c'est une éventration dans laquelle la paroi antérieure du ventre trop affoiblie ne peut plus soutenir le poids des viscères et des intestins déplacés, on fait porter au malade un suspensoir de peau de chamois, ou une large ceinture qui supplée au défaut d'action que les parties contenantes ne peuvent plus exercer. La nécessité d'un bandage légèrement compressif est sur-tout indispensable pour maintenir une hernie ventrale réduite, et pour s'opposer à ses progrès, lorsqu'elle est la suite d'une grande plaie qui a pénétré dans le ventre, parce qu'alors la peau seule sert d'enveloppe à la tumeur très-susceptible de s'ulcérer à mesure que son volume augmente.

Plusieurs auteurs (1) ont répété qu'il étoit possible de se tromper jusqu'au point de prendre une hernie ventrale pour un abcès, parce que, selon les uns, la tumeur est molle, compressible, pour ainsi dire fluctuante, et selon d'autres, parce qu'elle occupe une place qui n'est pas ordinairement celle d'une hernie. Heister (2) assure même que cette

---

(1) Barbette, Chirurgia, cap. 7. — Platner, Instit. chirurg. p. 449, §. 821.

(2) Novi enim ego chirurgum aliquem, qui nisi ego

faute auroit été commise, s'il ne se fût point formellement opposé à l'ouverture de la tumeur. Nous avons fait la même observation; mais nous pensons qu'il n'est qu'un seul cas qui puisse faire illusion : c'est lorsque la hernie se forme tardivement après une contusion du ventre.

Un homme eut le malheur de se trouver dans une foule et d'être frappé au ventre par le timon d'un carosse. Il survint de la fièvre, de la tension et de vives douleurs dans la partie latérale droite et inférieure de l'abdomen. Les saignées, la diète, des fomentations émollientes, des cataplasmes de même nature furent employés pour calmer ces premiers accidens. Vers le trentième jour de la maladie, celui qui donnoit des soins à cette personne, observa sur la convexité du ventre, dans l'endroit qui avoit été frappé, une tumeur large, peu élevée, molle, douloureuse, qu'il prit pour un abcès, et sur laquelle il continua d'appliquer des cataplasmes. A cette époque de la maladie, nous vîmes que les apparences rendoient, jusqu'à un certain

---

ipsum dehortatus fuissem, intentam abdominis cutem una cum subjectis intestinis pro abscessu audacter concidisset. Institut. chirurg. p. 749.

point

point, l'erreur excusable. Mais malgré tous les symptômes d'une inflammation préexistante, que l'on croyoit s'être terminée par suppuration, nous fîmes remarquer que la tumeur, quoique douloureuse et sans changement de couleur à la peau, disparoissoit complètement par la plus légère pression de la main ; en un mot, que c'étoit une hernie qui se manifestoit et non un abcès. En toute autre circonstance, il n'est guère possible de se tromper.

Une hernie ventrale peut encore se former dans l'intervalle des muscles droits, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, à l'endroit même de la ligne blanche élargie, distendue par un effort quelconque. Si quelques-unes des fibres de cette membrane aponévrotique se rompent, il en résulte un écartement en manière de fente, qui donne issue au péritoine, à une portion de l'épiploon, de l'estomac, de l'arc du colon et du canal intestinal. Cette tumeur herniaire est d'un volume très-variable et susceptible d'étranglement. Une femme eut, à la suite de plusieurs accouchemens, un si grand écartement à la ligne blanche, que la plupart des intestins formèrent sous la peau une longue tumeur, très-volumineuse, depuis le cartilage xiphoïde jusque vers le pubis, et

fort apparente quand la malade toussoit, ou faisoit un léger effort. On remédia à cet accident, en faisant tenir cette femme au lit, en maintenant la tumeur réduite par une pression modérée, aidée d'une espèce de corset lacé qui s'étendoit depuis la région épigastrique jusqu'aux hanches et faisant fonction de bandage unissant (1).

L'étranglement dont ces hernies sont quelquefois susceptibles exige qu'on y remédie par les procédés connus. L'omission des secours usités en pareille circonstance seroit une faute inexcusable. Une femme mourut d'une hernie étranglée située à la partie latérale gauche de la ligne blanche, quatre travers de doigt au-dessus du nombril, hernie qui existoit depuis deux ans et qui étoit composée d'une portion d'épiploon et du colon. Cet intestin n'étoit que pincé, tout son diamètre n'étant pas compris dans la tumeur qui étoit peu volumineuse. On trouva l'épiploon adhérent au sac herniaire, dont l'entrée formoit une ouverture ronde, en manière d'anneau, d'un demi-pouce de diamètre. La portion du colon formant hernie étoit gangrénée, avec

(1) Journal de médecine et de chirurgie, ann. 1763, tom. 18, p. 265.

adhérence au sac herniaire. Littre (1), auteur de cette observation, ajoute que l'opération qu'on vouloit faire à cette femme peu de temps avant sa mort, pour remédier à l'étranglement, auroit vraisemblablement été infructueuse. Nous ignorons quel en auroit été le succès; mais il est incontestable qu'elle étoit très-bien indiquée. La nécessité d'opérer une hernie à la ligne blanche, si elle étoit accompagnée des accidens de l'étranglement, a fixé d'une manière particulière l'attention de Le Dran (2), qui a même décrit le procédé opératoire qu'il conviendroit de suivre en pareil cas. On trouve dans la Dissertation de La Chausse (3), le détail d'une semblable opération faite avec succès à une femme enceinte de quatre mois, et qui avoit plusieurs hernies épiploïques à cette partie du ventre.

La hernie de l'estomac peut encore être rangée parmi celles que l'on nomme ventrales: elle se forme dans la région épigastrique, plus ou moins près du cartilage xiphoïde, à travers un écartement de la ligne blanche. On la reconnoît à une tumeur molle, réduc-

(1) Mém. de l'Acad. des Sciences, ann. 1714, p. 200.
(2) Traité des opérations, p. 145.
(3) Page 207.

tible, ordinairement peu volumineuse, causant des nausées, des vomissemens, de la difficulté de digérer. Quand le malade tousse, se tient debout, éternue, il sent dans l'endroit de la hernie une douleur qui l'oblige à y porter la main : il éprouve même une sensibilité habituelle dans cet endroit. Quelquefois ce n'est qu'une petite portion de l'estomac ou de l'arc du colon, qui est seulement pincée, produisant une tumeur peu apparente et du volume d'une olive (1). On maintient cette hernie réduite à l'aide d'un bandage composé d'une ceinture et d'une pelote.

Hernie de la vessie.

Elle peut se former dans quatre endroits différens ; savoir, à l'anneau inguinal, à l'arcade crurale, au périnée et dans le vagin. C'est ordinairement à l'anneau inguinal, chez les adultes et les vieillards qui ont eu des rétentions d'urine, qu'on observe cette tumeur herniaire. Quelques enfans de l'âge le plus tendre en ont été attaqués au même endroit, la hernie s'étant formée après de violentes

---

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 1, p. 702, et tom. 4, p. 188.

douleurs causées par la présence d'un calcul urinaire (1). Cette tumeur, d'abord très-petite, et bornée à l'ouverture de l'anneau, est arrondie, circonscrite, compressible et presque indolente. Il est facile de la réduire, et on la guérit en la maintenant réduite à l'aide d'un bandage herniaire. Mais si cette maladie est méconnue ou négligée, la tumeur se prolonge peu à peu dans le scrotum, recouvre le cordon spermatique et la tunique vaginale du testicule, contracte des adhérences avec ces parties et n'est plus réductible. C'est alors une infirmité qu'on ne guérit point, dont on borne les progrès, et que l'on rend supportable en soutenant la tumeur avec un suspensoir.

Cette hernie se reconnoît aux signes suivans. Elle donne un sentiment de fluctuation, et se vide quand on la comprime, le malade étant situé horizontalement, parce qu'alors l'urine reflue dans la portion de la vessie qui est dans le ventre. Cette tumeur, qu'au premier coup d'œil on pourroit prendre pour un hydrocèle, mais qui n'en a pas la transparence, est d'autant plus volumineuse, qu'on n'a pas uriné depuis long-temps. Comme on

(1) Pott, Philosoph. Transactions, vol. 54, ann. 1764, art. 9, p. 61.

ne peut la manier sans exciter le besoin d'uriner, c'est le procédé que les malades emploient naturellement pour faciliter la sortie de l'urine par la voie naturelle.

La hernie de vessie formée par la partie latérale, un peu antérieure de ce viscère, qui n'est point recouverte par le péritoine, n'a pas de sac herniaire, lors même qu'elle s'étend jusqu'au fond du scrotum. Cette tumeur, dans son passage par l'anneau inguinal, est nécessairement rétrécie, et forme, en s'alongeant, une espèce de col, ce qui la rend, jusqu'à un certain point, susceptible d'étranglement. Après s'être engagée dans cette ouverture, elle entraîne peu à peu le péritoine qui forme un sac dans lequel une portion d'intestin ou d'épiploon est contenue. Ainsi il n'est pas étonnant que la hernie intestinale ou épiploïque soit une suite de celle de la vessie. Il est également prouvé que des hernies formées par les parties flottantes du bas-ventre, au pli de l'aine, ont précédé celle de la vessie par l'anneau. Enfin cette dernière hernie peut encore être double, c'est-à-dire exister dans l'un et dans l'autre côté du scrotum, sur-tout chez des malades âgés et qui ont eu de fréquentes rétentions d'urine (1). C'est en effet

(1) Ruysch, Observ. anat. chirurg. 98. — Petit,

la distension de ce viscère qui est la cause primitive de cette hernie. Les efforts réitérés que font ceux qui ne peuvent uriner, le poids des viscères sur la vessie, la pression qu'elle souffre de la part de l'utérus pendant la grossesse, contribuent à son déplacement, qui ne s'effectue et ne devient complet que quand elle est dans un état de vacuité.

Quelques observations (1) apprennent qu'on a trouvé, après la mort, une ou plusieurs pierres urinaires contenues dans des anciennes hernies de vessie prolongées jusqu'au fond du scrotum, et l'on a donné le conseil de ne pas faire repasser dans la portion de vessie qui est dans le bassin une pierre peu volumineuse qui ne pourroit alors être extraite que par l'opération de la lithotomie faite au périnée. On ajoute qu'il seroit plus avantageux de faire une incision au scrotum et à la portion de vessie qui est immédiatement sous les tégumens, afin d'en extraire la pierre arrêtée vers l'anneau, ou vacillante dans la poche qui la contient. Ce précepte, dicté plutôt par la

---

Œuvres posthumes, tom. 2, p. 362. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, tom. 2, p. 1.

(1) Bartholin, Histor. centur. 4, histor. 28. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 2, p. 10 et 15.

théorie que par l'expérience, ne peut avoir son application que lorsqu'on a la certitude, par le toucher, qu'une pierre est contenue dans la portion de vessie déplacée; certitude qu'il n'est pas facile d'acquérir, si la pierre est peu volumineuse. De plus, l'introduction de la sonde ne peut rien apprendre de positif à cet égard. L'opération faite, l'unique moyen de s'opposer à une fistule urinaire seroit d'introduire par l'urèthre une grosse sonde de gomme élastique dans la vessie où elle devroit rester jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée, si toutefois cela est possible. Comme nous ne connoissons aucun exemple de cette opération, nous ne pouvons dire quel en seroit le succès ; car où les faits manquent, l'art manque aussi lui-même.

Un homme âgé de vingt-cinq ans avoit, depuis un an, si l'on veut s'en rapporter au témoignage de Haën (1), une hernie incomplète de vessie par l'anneau inguinal. La tumeur disparut pendant six mois, reparut ensuite et se termina par suppuration. L'urine sortit d'abord par la crevasse des tégumens, et continua de s'écouler au-dehors. Quelque temps après, il sortit par l'ulcère une pierre

(1) Ratio medendi, part. 3, cap. 4.

du poids d'une demi-once. Il est possible que dans ce malade la hernie de vessie fût formée seulement par le prolongement de la membrane interne de ce viscère ; peut-être aussi cette pierre étoit-elle primitivement hors de la vessie, dans le tissu cellulaire du scrotum, par suite d'une fistule interne de l'urèthre. On trouve dans les auteurs plusieurs observations semblables (1).

La hernie de vessie par l'arcade crurale a été observée chez quelques femmes qui avoient eu plusieurs grossesses et des rétentions d'urine. On conçoit que pendant la grossesse, l'utérus, par son poids et par son volume, comprime la vessie, lui donne une forme transversalement oblongue qui la rapproche de l'arcade crurale.

La hernie de vessie par le vagin n'est point une maladie rare : elle se forme sur la fin de la grossesse, pendant les douleurs de l'accouchement, ou peu de temps après qu'il est terminé, ainsi que chez des femmes qui ne sont point enceintes, mais qui l'ont été plusieurs fois. On la reconnoît à une tumeur molle, peu douloureuse, rougeâtre, arrondie, du

---

(1) Vander-Wiel, centur. 1, obs. 90 et suivantes. — Mémoires de l'Acad. de chirurg. tom. 3, p. 332.

volume d'une pomme d'api, compressible, située derrière le pubis, dans la partie supérieure du vagin dont les fibres affoiblies, écartées les unes des autres ne peuvent plus soutenir le bas-fond de la vessie qui s'enfonce dans ce conduit. Cette tumeur augmente de volume quand la vessie est pleine, quand la malade se tient de bout et fait le plus petit effort : elle s'affaisse et disparoît quand on la comprime, l'urine s'écoulant par l'urèthre. Cette incommodité ne cesse pas toujours immédiatement après l'accouchement, elle reste et devient habituelle : la femme éprouve alors une douleur sourde, qui augmente sur-tout pendant l'acte de la copulation. Le moyen le plus simple et le moins incommode de procurer un peu de soulagement et de s'opposer aux progrès de cette maladie, consiste à maintenir, autant qu'il est possible, la hernie réduite par une pression douce à l'aide d'une éponge que la malade s'introduit dans le vagin, et qu'elle renouvelle tous les jours. Quelques praticiens disent avoir vu, chez des femmes qui étoient dans le travail de l'accouchement, la vessie former une hernie assez volumineuse à l'entrée du vagin, pour s'opposer à la sortie du fœtus. Cette tumeur herniaire, située au-devant de l'orifice de la matrice, s'est

montrée sous l'apparence d'une poche remplie de fluide, qu'on a prise pour la poche des eaux qui sont contenues dans l'amnios. La malade a des douleurs et de fréquentes envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. On la soulage par l'introduction de la sonde qui donne issue à l'urine retenue, et en comprimant ensuite de bas en haut cette tumeur qui s'affaisse et disparoît à l'instant.

Si d'après les causes énoncées ci-dessus la vessie peut s'insinuer à travers les fibres écartées du vagin, et former une tumeur dans ce conduit, on conçoit la possibilité que dans une chute complète de matrice la vessie soit entraînée avec ce viscère hors de la vulve. Alors il y a tout à-la-fois chute de matrice, chute de vessie et renversement d'une portion du vagin. Dans cette complication de maux, c'est la partie antérieure de la vessie, non recouverte par le péritoine, qui forme la surface extérieure de cette triple tumeur. Ainsi on a pu, comme le prouvent les observations de Ruysch (1) et de Tolet (2), extraire avec facilité des pierres contenues dans la vessie ainsi déplacée, en faisant immédiatement au-

(1) Observ. anat. chirurg. 1.

(2) Traité de la Lithotomie, chap. 25, p. 276.

dessous du méat urinaire une incision longitudinale à la partie antérieure de la vessie, incision qui s'est cicatrisée promptement en rapelant l'urine par la voie naturelle au moyen de la sonde. Si ensuite il a été possible de replacer la matrice, sa réduction a facilité celle de la vessie.

Il est encore une hernie assez rare qu'on a observée dans les deux sexes, à la partie latérale du périnée, près l'anus, où la vessie forme sous la peau une tumeur molle, compressible, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon. Elle cause une douleur sourde et s'oppose à l'issue libre de l'urine dont on facilite l'expulsion en comprimant cette hernie avec la main. On ne l'a vue qu'une seule fois dans un homme âgé de soixante ans, qui en fut attaqué à la suite de deux efforts consécutifs, l'un en tombant sur un parquet les cuisses écartées, l'autre en sautant un fossé. Ces efforts ont pu produire une rupture, ou un écartement de quelques fibres des muscles releveurs de l'anus et transverses de l'urèthre. Alors une portion du bas-fond de la vessie s'est échappée par cet intervalle pour former extérieurement une tumeur qui a été maintenue réduite par l'application d'un bandage (1).

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 4, p. 181.

Chez les femmes, c'est seulement dans les derniers mois de la grossesse que cette hernie de vessie au périnée se manifeste. Elle est produite par la pression de la matrice et par celle du fœtus sur un des côtés de la vessie, dont une portion s'insinue, comme dans l'homme, à travers les fibres écartées des muscles releveurs de l'anus, pour former une tumeur qui, légèrement comprimée, disparoît en déterminant la sortie de l'urine par l'urèthre (1).

Indépendamment de ces tumeurs herniaires, produites par le déplacement de la vessie, il est un vice de conformation dans cet organe, que quelques enfans de l'un et de l'autre sexe apportent en naissant. Il consiste dans la non-existence de toute la partie antérieure de la vessie, et se reconnoît à une tumeur rouge, fungueuse, sans tégumens, plus ou moins saillante, et dans laquelle on voit deux petits trous qui sont les embouchures des uretères par lesquels l'urine s'écoule involontairement, goutte à goutte et continuellement. Des dissections réitérées ont appris que cette espèce de tumeur herniaire, située dans la région du pubis, est formée par la partie postérieure de la vessie renversée et présen-

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 2, p. 25.

tant au-dehors sa membrane muqueuse. Ce vice de conformation n'est point rare, et a été observé par un grand nombre d'auteurs (1). Il résulte de l'examen qu'ils en ont fait, que cette tumeur fongueuse, d'abord très-petite au moment de la naissance et du volume d'une noix, en acquiert successivement un beaucoup plus considérable, verse du sang lorsqu'on l'excorie, et est sensible à l'impression du froid. Les os pubis sont écartés d'environ deux ou trois pouces dans le lieu de la symphyse où se trouve, au lieu de cartilage, un ligament transversal fort épais, qui affermit ces os entr'eux. Les organes extérieurs de la génération sont déformés dans les sujets du sexe masculin : la verge n'a point sa structure ordinaire, souvent la glande prostate n'existe point. Quoiqu'on ne voie pas d'ombilic dans l'endroit où il devroit être, ni de cicatrice du nombril au-dessus de cette tumeur fongueuse, néanmoins la veine et les artères ombilicales existent ; mais ces vaisseaux sont beaucoup

---

(1) Blasius, Observ. medic. part. 4, obs. 6, p. 52. — Vander-Wiel, Observ. medic. rar. cent. 2, obs. 32. — Medical essays of Edinburgh, tom. 3, art. 14, p. 278. — Mémoires de l'Acad. des sciences de Paris, ann. 1761, p. 115. — Journal de médecine, de chirurgie, tom. 74, année 1788, p. 470, et tom. 75, p. 291.

plus courts que dans l'état naturel. Cette conformation vicieuse est absolument incurable, et produit une infirmité qui ne cesse qu'avec la vie. Quelques individus l'ont conservée jusque dans un âge très-avancé, sans avoir jamais eu ni érection, ni desir, ni possibilité du coït, puisque les organes générateurs sont mal configurés. L'odeur infecte que ces personnes exhalent par l'écoulement continuel et involontaire de l'urine à travers la tumeur fungueuse, exige des soins continuels de propreté. L'application d'une éponge, qu'on renouvelle souvent et qu'on applique sur la tumeur, est peut-être de tous les procédés qu'on pourroit employer, le meilleur pour absorber l'urine et empêcher son effusion sur la peau et sur les vêtemens. Un homme pauvre et mendiant a vécu jusqu'à l'âge de soixante et dix ans avec cette maladie, qui n'a diminué ni ses forces ni sa vigueur (1).

Une autre espèce de hernie est celle qui est formée par l'alongement successif de la membrane interne de la vessie, qui s'insinue à travers le col de ce viscère et le canal de l'urèthre, pour former, au-delà du méat urinaire, dans les femmes, une tumeur molle,

(1) Flajani, Nuovo methodo di medicare, p. 131.

rougeâtre, qui s'oppose à l'écoulement de l'urine. Cette maladie ne peut exister que chez les femmes dont l'urèthre est court, large et dilatable. La tumeur, lorsqu'elle est ancienne, a le volume d'un œuf de pigeon. Elle a été prise pour un fungus de la vessie qu'on s'est félicité d'avoir lié ou excisé avec succès (1).

Cette maladie a été mieux connue par M. Hoin (2), qui rapporte qu'une fille âgée d'environ vingt-cinq ans, souvent incommodée de rétention d'urine, avoit, à l'orifice du méat urinaire, une tumeur du volume et de la figure de la troisième phalange du petit doigt, produite par la membrane interne de la vessie, prolongée et renversée comme un doigt de gand. Cette tumeur avoit paru à la suite de violens efforts que la malade avoit faits pour uriner : elle disparut peu à peu et reprit sa place naturelle. Ce renversement de la membrane interne de la vessie ou de son col, a été observé sur des filles peu avancées en âge. Une fille âgée de onze ans, sujette

(1) Warner, Observ. chirurg. observ. 30 et 31.

(2) Essai sur différentes hernies, p. 343, à la suite du Traité de Le Blanc sur la nouvelle Méthode d'opérer les hernies.

depuis

depuis sa cinquième année à de fréquentes difficultés d'uriner, eut, au méat urinaire, une tumeur cylindrique, rougeâtre et comme charnue, longue d'environ quatre pouces, percée à son extrémité et frangée comme une trompe de Fallope. Cette production membraneuse fut regardée comme un renversement de la membrane interne de l'urèthre. On en fit l'excision, et la guérison s'obtint en peu de jours sans accident (1).

Cette observation est semblable à celles de Warner, que nous avons indiquées précédemment. Mais ce n'est pas toujours la membrane interne de la vessie qui se prolonge et se renverse, c'est le col lui-même de ce viscère qui, en se renversant, s'insinue dans l'urèthre en formant, au-delà du méat urinaire, une tumeur qu'il seroit dangereux d'exciser et qu'on doit repousser avec la sonde, avec le doigt, d'après le conseil très-salutaire qu'en a donné Solingen (2), il y a plus d'un siècle. Ce renversement du col de la vessie forme une maladie chronique qui s'oppose à l'écoulement de

(1) Chopart, Traité des Maladies de la vessie, tom. 2, p. 83.

(2) Embryulcia, sive compendium artis obstetriciæ. *Amstelodami*, 1698, *in*-4°.

l'urine ; quelquefois la tumeur rentre d'elle-même, la malade étant couchée sur le dos : alors les douleurs cessent et l'urine s'écoule. On remédie à cette maladie, et l'on en borne les progrès par l'usage long-temps continué d'une grosse sonde de gomme élastique introduite dans la vessie, et en évitant tout ce qui peut contribuer à la formation des hernies.

Cette maladie ne peut avoir lieu dans l'homme à raison de la longueur et de l'étroitesse du canal de l'urèthre ; mais dans quelques-uns de ceux qui sont attaqués de rétention d'urine par inflammation, une portion de la membrane interne de la vessie se détache, s'exfolie et sort par l'urèthre, qui en est plus ou moins obstrué. C'est ce que Rouhaut (1) a nommé dédoublement de la membrane interne de la vessie.

Hernie de l'ovaire.

Tumeur formée par la sortie de l'un des ovaires à travers l'anneau inguinal. Cette hernie, qui est rare, a été observée par M. Pott (2) sur une femme d'environ vingt-

(1) Mémoires de l'Académie des sciences, ann. 1714, p. 22.

(2) Traité des hernies, sect. 5.

trois ans, qui avoit dans l'un et dans l'autre côté de l'aine une tumeur irréductible, inégale, douloureuse, un peu mobile, sans inflammation des tégumens, formée par le déplacement des deux ovaires. On ne connut point d'abord la nature de cette double tumeur : on la prit pour une hernie ordinaire non étranglée, et l'on employa tous les moyens possibles de la réduire. Cette femme éprouvoit un peu de gêne, lorsque ces tumeurs étoient comprimées dans les divers mouvemens du corps. Elle voulut en être délivrée. La peau et le tissu cellulaire incisés, on trouva un sac herniaire qui contenoit l'ovaire. On fit la ligature de ce corps et on l'excisa. La même opération fut faite de l'autre côté. Après cette excision des deux ovaires, cette femme a joui d'une bonne santé, mais elle est devenue maigre, plus robuste, plus charnue; son sein, qui étoit très-gros s'est affaissé, et l'évacuation menstruelle ne s'est plus faite.

Une fille âgée de seize à dix-huit ans, avoit d'un seul côté une hernie de l'ovaire. On se méprit de même sur la nature de cette maladie, et l'on crut que c'étoit une glande ou une tumeur lymphatique. Elle causoit depuis long-temps des douleurs assez vives, et l'on conseilla, pour en détruire la cause, d'inciser

d'abord les tégumens, de mettre la tumeur à découvert et d'en étrangler la base avec une ligature, afin d'en opérer la chute. La ligature appliquée, les douleurs devinrent si insupportables pendant la journée, qu'on fut obligé d'exciser la tumeur au niveau de l'anneau inguinal, afin de les calmer. Un examen attentif de la partie que l'on venoit de retrancher prouva que c'étoit l'ovaire lui-même qui avoit passé par l'anneau inguinal. Nous n'avons point assisté à l'opération, mais nous avons vu cette fille qui fut guérie en fort peu de temps, et n'éprouva dans la suite aucun des phénomènes mentionnés dans l'observation précédente. D'ailleurs, celui qui fit l'opération, homme fort instruit, convint de sa méprise, et nous assura que c'étoit l'ovaire qu'il avoit excisé.

On reconnoît dans les femmes adultes que la tumeur inguinale est une hernie de l'ovaire, en introduisant le doigt dans le vagin. La matrice a une situation oblique, et si l'on touche le col de ce viscère, on imprime en même temps à la tumeur de l'aine un mouvement très-sensible. Cette hernie s'observe aussi chez de très-jeunes filles. Dans l'enfance, l'ovaire est plus élevé, plus voisin de

l'anneau que dans l'âge adulte; le bassin est plus petit et moins profond.

Une petite fille âgée de quatre à cinq ans avoit une tumeur douloureuse, circonscrite, rénitente dans l'anneau inguinal droit. Les tégumens s'enflammèrent, et il se forma un abcès cutané. Lorsqu'il fut ouvert, nous vîmes l'ovaire hors de l'anneau. Il étoit plus gros qu'il ne l'est à cet âge, sans doute à cause de l'étranglement qu'il avoit souffert dans son passage. L'ulcère fut recouvert de charpie sèche : les parties s'affaissèrent par la suppuration et à l'aide d'une douce pression exercée par l'appareil pendant une quinzaine de jours, la tumeur disparut peu à peu, et cette petite fille fut parfaitement guérie.

Cette hernie doit être réduite dès l'instant où elle commence à se manifester. Si l'on diffère cette réduction quand elle est possible, l'ovaire contracte des adhérences avec la circonférence de l'anneau, se tuméfie, devient douloureux, ne peut plus être replacé : alors il y a nécessité d'en faire l'excision. Cet organe a été trouvé, avec une portion de la trompe, dans une hernie crurale volumineuse (1). Ruysch a vu l'ovaire s'échapper hors du

(1) Haller, Disput. chirurg. Selectæ, tom. 3, p. 41.

ventre après une incision qui avoit pénétré dans cette cavité (1). Dans ces cas, la réduction est facile, parce que ce corps n'a pas contracté d'adhérence, l'ouverture par laquelle il est sorti étant libre et suffisamment grande.

Hernie ischiatique.

Elle a été nommée dorsale par Papen, médecin de Gottingue, qui en a donné la description dans l'année 1750 (2). Voici le précis de son observation. Une fille âgée d'environ cinquante ans, d'un tempérament robuste, livrée aux travaux de la campagne, mourut subitement pendant qu'elle étoit exposée à toute l'ardeur du soleil. A l'examen du cadavre, on trouva une tumeur longue d'environ une aune, qui s'étendoit depuis le voisinage de l'anus, du côté droit, jusqu'au-dessous du jarret. Sa circonférence, inférieurement, étoit d'une demi-aune : mais elle étoit plus étroite à son origine près l'anus. C'étoit une hernie formée par la plus grande partie des intestins grêles et du mésentère qui les attache, par l'épiploon, le commencement du colon et

(1) Observ. anat. chirurg. 16, p. 16.

(2) Haller, Disputat. chirurg. selectæ, tom. 3, p. 313.

l'appendix vermiforme. L'estomac situé dans le milieu du ventre, avoit une direction perpendiculaire. La matrice étoit inclinée vers l'orifice du sac herniaire, qui passoit, avec les parties qu'il renfermoit, par l'échancrure sacro-sciatique, au-dessous du ligament de ce nom. Cette tumeur, dont le volume étoit dans son principe celui d'une balle de paume, avoit pris peu à peu, pendant l'espace de dix ans, un accroissement considérable. Lorsque cette fille rendoit ses excrémens, elle étoit obligée de soutenir et de repousser avec la main sa tumeur vers le côté gauche du corps. Elle ne pouvoit se tenir couchée dans son lit que sur le même côté : elle éprouvoit fréquemment des borborygmes, et soutenoit habituellement sa hernie avec une serviette.

Cette hernie est très-rare, et ne se rencontre peut-êtrejamais chez les hommes. Nous l'avons observée uue seule fois sur une fille âgée d'environ trente ans, que nous visitâmes avec M. Traisnel, qui s'occupoit spécialement de la fabrication des bandages herniaires; et qui est mort dans le courant de l'année 1792. La tumeur étoit, comme dans l'observation précédente, située du côté droit, à la partie postérieure et inférieure du bassin, à l'endroit du pli de la fesse. Elle étoit oblongue,

indolente, sans changement de couleur à la peau, du volume au moins du poing d'un adulte : on l'avoit prise pour un lipome, parce qu'elle étoit molle et irréductible. Lorsque M. Traisnel eut reconnu que c'étoit une tumeur herniaire, il essaya d'en faire la réduction; ce qu'il ne put obtenir que peu à peu et en faisant garder le lit à la malade pendant plus de deux mois, avec l'attention de la faire tenir toujours couchée sur le côté gauche du corps. C'est dans ce temps que nous vîmes cette femme, la hernie étant alors à moitié réduite. Lorsqu'elle le fut complètement, on se servit d'un bandage à pelote, attaché par des courroies autour du bassin. C'étoit incontestablement une hernie par l'échancrure sciatique dont nous ignorons la cause; mais qui, au rapport de la malade, ne l'incommodoit point sensiblement.

Hernie par le trou ovalaire.

Tumeur formée par une portion d'intestin ou d'épiploon sortie du bassin par la sinuosité qui est à la partie supérieure et interne du trou ovalaire. Garengeot (1) est le premier

---

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. I, p. 709.

qui ait fait connoître cette hernie, qui est très-rare. Il assure l'avoir observée sur des sujets de l'un et de l'autre sexe. Eschenbach, professeur de médecine dans l'université de Rostock (1), a vu de même, dans une fille robuste, âgée de vingt-quatre ans, une hernie intestinale par le trou ovalaire, du côté droit. La tumeur étoit indolente, de la longueur d'un doigt; réductible et d'environ un pouce de diamètre. Ce médecin a fait la même observation sur un jeune homme âgé d'un peu plus de vingt ans; d'où il conclut, avec Garengeot, que cette hernie peut se former dans l'un et l'autre sexe, et même dans un âge peu avancé. Il est probable qu'elle est ordinairement réductible, et qu'on peut la maintenir réduite par les procédés connus, à l'aide d'un bandage. Mais si l'on suppose qu'elle soit étranglée, on ne conçoit pas comment on pourroit remédier à cet accident par une opération chirurgicale.

Hernie intestinale par le vagin.

Tumeur molle, compressible, plus ou moins volumineuse, produite par une por-

(1) Observata anatom. chirurg. medica rariora. Obs. 53, p. 265.

tion d'intestin qui, en déprimant la partie supérieure et latérale du vagin, fait saillie dans l'intérieur de ce conduit, entre le rectum et la matrice, ou entre ce viscère et la vessie. Cette tumeur est ronde; elle diminue de volume, ou disparoît quand on la comprime, la malade étant située horizontalement (1). Les femmes qui ont eu plusieurs enfans, sont plus exposées que les autres à avoir une hernie de cette espèce, soit intestinale, soit épiploïque. Quelquefois elle se forme pendant la grossesse, assez ordinairement peu de temps après l'accouchement, et c'est alors le produit d'un effort quelconque. Le vagin affoibli, relâché, sert, ainsi que le péritoine, de poche ou d'enveloppe à la portion d'intestin iléon qui est déplacé. Lorsqu'on réduit complètement la tumeur, la poche formée par le vagin reste vide. Cette hernie n'est pas toujours renfermée dans la cavité du vagin : elle devient quelquefois, avec le temps, assez volumineuse pour se prolonger entre les grandes lèvres. Alors elle est compliquée de difficulté d'uriner, de cons-

---

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, tome 1, p. 707. — Hoin, Essai sur différentes hernies. — Smellie, Traité des accouchemens, tome 2, p. 172.

tipation, de douleur profonde dans le bassin et de renversement du vagin. Il est extrêmement rare qu'une femme qui n'a jamais été enceinte soit attaquée de cette maladie qui se forme pendant la grossesse, ou peu de temps après l'accouchement. Les causes qui la produisent sont toutes celles qui peuvent distendre et affoiblir le vagin, ensuite le volume et le poids de l'utérus, les efforts que l'on fait pour soulever un fardeau, pour rendre des matières stercorales retenues depuis long-temps, une chute sur les fesses, une toux violente et long-temps prolongée. Cette tumeur herniaire n'est guère plus volumineuse dans son principe qu'un œuf de poule, et est située dans la partie profonde et latérale du vagin. Elle se forme lentement, est aisément réductible quand elle est récente et qu'on la comprime de bas en haut, la malade étant située horizontalement et le bassin fort élevé. On la maintient réduite, en faisant garder le lit, en injectant des liqueurs astringentes dans le vagin et par l'usage d'un pessaire de gomme élastique, cylindrique, flexible, qui comprime uniformément le vagin dans sa circonférence. Si la tumeur est profondément située entre la matrice et le rectum, l'intro-

duction d'une éponge fine est préférable au pessaire.

LXXXII.

DÉPLACEMENS DE LA MATRICE.

Ce viscère mobile est en quelque sorte flottant au milieu du bassin, n'a point de situation fixe : il cède à l'action du diaphragme et des muscles du bas-ventre, à l'impulsion et à la pesanteur des parties qui l'environnent, s'élève, s'abaisse, s'incline, se renverse en partie ou en totalité. On a donné différens noms à ces déplacemens que nous allons faire connoître en détail.

Hernie de la matrice.

Tumeur rénitente, peu volumineuse, située dans l'une des grandes lèvres, formée par l'utérus sorti hors du ventre à travers l'anneau inguinal. Cette hernie est extrêmement rare, et nous n'en connoissons qu'un seul exemple confirmé par l'autopsie cadavérique. M. Lallement, professeur de nos écoles, nous a fait voir sur le cadavre d'une femme morte à l'âge de soixante et onze ans, une tumeur un peu dure, située dans l'aine droite, longue d'environ quatre travers de doigt, arrondie

et du volume à-peu-près d'une pomme d'api. Cette femme, mère de plusieurs enfans, s'aperçut à l'âge de cinquante ans, après des efforts réitérés, qu'il se formoit dans l'aine une petite tumeur très-douloureuse au toucher, laquelle prit d'abord un accroissement assez rapide, devint peu à peu moins douloureuse, et ne produisit ensuite qu'une incommodité supportable. Cette hernie subsista pendant plus de vingt ans sans avoir été réduite. Les tégumens incisés, nous trouvâmes un sac herniaire très-épais, dans lequel étoit renfermée la totalité de la matrice passée par l'anneau inguinal avec l'ovaire droit, la trompe, le morceau frangé, et même le museau de tanche. La matrice avoit peu de volume : l'ovaire gauche étoit à sa place naturelle dans la cavité du ventre : le vagin étoit alongé et décrivoit une ligne très-oblique.

Cette hernie de matrice ne peut avoir lieu que lorsque ce viscère est très-petit et dans un état de vacuité. On la reconnoît en portant le doigt dans le vagin, et en s'assurant de l'obliquité de ce conduit. Alors on imprime plus ou moins de mobilité à la tumeur de l'aine, si l'on peut toucher le museau de tanche, la totalité de la matrice n'étant pas déplacée. L'indication curative consiste à

réduire la tumeur et à la maintenir réduite par un bandage, ce qui probablement ne peut s'effectuer que lorsqu'elle est récente, peu volumineuse et sans adhérence.

Descente, chute de matrice (Uteri prolapsus, procidentia).

Ces deux mots expriment les divers degrés d'une même maladie, dans laquelle la matrice descend plus ou moins bas dans le vagin, ou sort entièrement de ce conduit, et pend entre les cuisses de la malade. Cette descente et cette chute peuvent se faire hors le temps de la grossesse, pendant le cours de la grossesse, et au moment même de l'accouchement. Les femmes qui ne sont point enceintes, mais qui ont le bassin large, qui portent ou soulèvent habituellement de lourds fardeaux, et qui ont eu plusieurs enfans, sont exposées à la descente de matrice. On la reconnoît aisément à l'inspection des parties. Le corps de ce viscère remplit la cavité du vagin, à l'orifice duquel on touche le museau de tanche. La malade sent dans les aines et autour du bassin, des douleurs, des tiraillemens que l'action de marcher renouvelle, et qui cessent complètement en gardant le lit, en repoussant de bas

en haut la matrice avec le bout du doigt, et en la maintenant réduite à l'aide d'un pessaire.

Si l'on ne remédie point à ce premier degré de la maladie, la matrice sort complètement du vagin et se précipite au-dehors. Cette chute se fait lentement et quelquefois subitement. La matrice hors du vagin, forme une tumeur rouge, oblongue, plus grosse en haut qu'en bas, terminée par l'ouverture transversale de ce viscère. La femme ne peut ni marcher, ni s'asseoir ; elle sent des douleurs dans les aines et dans les lombes, éprouve de la difficulté à uriner et à rendre les matières stercorales. Le vagin se renverse, et une partie du fond de la vessie entraînée lentement au-dehors recouvre la partie antérieure et supérieure de la tumeur à laquelle elle est adhérente. Cette chute de matrice dégénère en une maladie chronique, qui peut subsister pendant plusieurs années, lorsqu'on néglige d'y remédier dans le moment de son apparition (1). La réduction ne s'opère alors que graduellement par la situation horizontale de

(1) Saviard, obs. 10 et suivantes, p. 49. — Ruysch, Observat. anat. chirurg. 1, 7 et 9. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 3, p. 361, sur les déplacemens de la matrice par M. Sabatier.

la malade dans le lit, par la saignée, par la diète, en recouvrant journellement la tumeur qui est dure, épaisse, peu sensible, avec des linges imbibés d'une décoction émolliente. On essaie ensuite, lorsque le volume de la matrice est un peu diminué, de la repousser doucement de bas en haut pour la replacer; opération qui devient plus facile, le bassin étant très-élevé, l'intestin rectum et la vessie étant d'abord vidés. La réduction faite, on maintient la matrice dans sa situation naturelle avec un pessaire.

Si à l'instant même de l'accouchement et au moment où la femme fait les plus violens efforts pour se délivrer, la matrice sort toute entière du vagin, on ne doit point en essayer la réduction, qui d'ailleurs seroit impossible. Ce seroit fatiguer la mère et l'enfant par des tentatives inutiles. Il faut, au contraire, soutenir la matrice, en dilater peu à peu l'orifice, terminer l'accouchement, et extraire avec prudence le placenta. Cette opération achevée, la matrice se contracte, son volume diminue, et la réduction en devient très-facile (1).

---

(1) Fabricius, de fœtus vivi extractione, utero prolapso. *Vide* Haller, Disputat. chirurg. selectæ, tom. 3, p. 431.

Vers le quatrième et cinquième mois de la grossesse, et quelquefois un peu plus tard, ce viscère, à raison de sa pesanteur, se déplace et paroît plus ou moins hors de la vulve chez les femmes qui ont le bassin très-large et qui ont déjà eu plusieurs enfans. Elles éprouvent de la pesanteur au rectum, des tiraillemens douloureux dans les aines et dans les lombes, de la foiblesse, tombent dans l'épuisement et sont enfin attaquées de constipation et de rétention d'urine, à mesure que la chute de la matrice augmente. Il est urgent de remédier à cet accident, en faisant garder le lit à la malade, en lui prescrivant d'uriner dans cette attitude et de repousser avec le doigt la matrice afin d'éviter la rétention d'urine déterminée par la chute et la pression de ce viscère sur le col de la vessie.

Une femme âgée de vingt-six ans, grosse de quatre mois, portant sur ses épaules un lourd fardeau, fit un faux pas et tomba. A l'instant même, elle éprouve une violente douleur dans les lombes et dans la région du pubis, avec impossibilité absolue d'uriner. Un médecin très-ignorant est appelé à son secours, et au lieu d'évacuer l'urine retenue en introduisant une sonde dans la vessie, prescrit au contraire des remèdes diurétiques.

Cette femme souffrit pendant douze jours des douleurs inexprimables, sans pouvoir rendre une seule goutte d'urine. Elle mourut victime de l'ignorance de celui qui avoit été appelé pour la secourir. Après la mort, on trouva la matrice descendue dans le vagin, et son col faisant saillie hors de la vulve. La vessie avoit acquis, par sa grande distention, deux pieds de longueur et un pied en largeur : elle contenoit vingt livres d'urine. La réflexion que fait à ce sujet l'auteur de cette observation, est que les médecins qui n'ont point étudié la chirurgie, exercent leur professsion au détriment de ceux qu'ils s'ingèrent de traiter. *Patet adeoque luculentissime, quam sinistre illi medici, ad multorum hominum detrimentum praxim suam exerceant, qui chirurgiam negligunt* (1).

Il est rare que les filles soient attaquées de descente et de chute de matrice. Néanmoins cette maladie peut à la suite de violens efforts se former lentement chez elles.

Une fille de la campagne a pu devenir enceinte et accoucher, ayant une chute de ma-

(1) Kulm, dissertatio de uteri de lapsu. — Gedani, 1732. *in*-4°. *Vide* Disput. chirurg. selectæ Haller, tom. 3, p. 587.

trice qui a subsisté pendant toute sa vie. Cette fille, à l'âge de quatorze ans, fit pendant l'éruption de ses règles un effort considérable pour jeter par-dessus un mur un paquet d'herbes qu'elle tenoit dans ses bras. Elle ressentit à l'instant une douleur très-vive dans les reins et dans la partie inférieure du ventre. Dès le lendemain, la matrice étoit descendue dans le vagin et sortoit de la vulve au-delà des grandes lèvres. Cette fille vécut pendant six ans avec cette incommodité qui augmenta insensiblement. Parvenue à l'âge de vingt-deux ans, elle épousa un homme qui fit pendant vingt ans des tentatives infructueuses pour la rendre mère. Il parvint enfin à dilater avec sa verge l'orifice de la matrice hors des grandes lèvres, et consomma l'acte de la génération. Cette femme parcourut le temps de sa grossesse sans beaucoup d'incommodité. Au moment de l'accouchement, une très-grande portion de la matrice se présentoit hors de la vulve, sous la forme et le volume d'un très-gros melon. Ce viscère, devenu dur et rénitent, étoit tellement serré par la vulve, qu'il sembloit avoir contracté des adhérences avec elle. L'orifice de la matrice ne se dilatant point, on fut obligé de faire sur son col deux incisions opposées l'une à l'autre, afin d'opé-

rer une dilatation suffisante et extraire l'enfant qui étoit mort. Cet accouchement ne fut suivi d'aucun accident : les lochies coulèrent avec abondance. On essaya de réduire peu à peu la portion de la matrice déplacée depuis si long-temps, en faisant garder le lit à la malade, en se servant de fomentations émollientes et de bains de vapeur. Elle ne voulut se soumettre à ce traitement que pendant huit jours, et reprit son travail accoutumé. La matrice est restée dans l'état où elle étoit avant la grossesse, avec cette différence que sa partie déplacée est un peu plus longue et plus cylindrique. Cette femme, parvenue à l'âge de cinquante-trois ans, jouissoit encore d'une bonne santé, dix années après son accouchement et s'occupoit des travaux de la campagne (1).

Il est généralement reconnu que la descente de matrice est assez difficile à réduire et à contenir chez les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint, tandis qu'elle se réduit et se maintient beaucoup mieux chez les femmes qui sont maigres.

---

(1) Traité des maladies de la vessie par M. Chopart, tom. 2, p. 73.

Renversement de matrice.

La matrice est renversée quand elle est retournée sur elle-même et qu'elle sort à travers l'orifice, comme un sac ou une poche dont l'intérieur devient extérieur. Ce viscère forme alors une cavité qui communique directement avec celle du ventre, et dans laquelle une portion des intestins se précipite. C'est ce que Vander-Wiel (1) a très-bien exprimé dans l'observation suivante. Une femme, dit-il, mourut une demi-heure après être accouchée, ayant la matrice renversée, pendante entre les cuisses et du volume de la tête d'un enfant. Cette tumeur étant incisée dans sa partie inférieure, nous vîmes les intestins qui étoient à nu. En tombant dans cette cavité factice, ils peuvent y subir une sorte d'étranglement et s'opposer par leur masse et par leur volume à la réduction de la tumeur.

La matrice incomplètement renversée est contenue dans le vagin : elle est hors du vagin et pend entre les cuisses de la malade, lorsque le renversement est complet. Le museau de tanche forme après ce renversement

(1) Centur. 1, obs. 67.

total un bourrelet qui entoure en manière d'anneau et étrangle plus ou moins le pédicule de la tumeur (1). Le renversement est incomplet, tant qu'il existe une portion de la matrice qui ne s'est pas retournée sur elle-même : il ne devient complet qu'après avoir passé par tous les degrés du renversement incomplet. L'un et l'autre peuvent se faire subitement, ou peu à peu, dans l'espace de plusieurs heures, ou de plusieurs jours, au moment de l'accouchement, ou long-temps après la sortie du fœtus. Ce n'est pas toujours le fond de la matrice qui s'enfonce d'abord pour se retourner ; c'est quelquefois par la partie antérieure, postérieure, ou latérale de ce viscère que le renversement commence. S'il devient complet au moment de l'accouchement, la main appliquée au-dessus du pubis ne sent plus qu'un vide. La femme dit que tout s'échappe au-dehors et qu'on lui arrache les entrailles pour peu qu'on s'efforce d'extraire le placenta. La matrice sort du vagin, pend entre les cuisses, forme une tumeur hémisphérique, rouge, douloureuse, plus grosse inférieurement et sans ouverture, plus étroite supérieurement vers son pédicule

(1) Ruysch. obs. anat. Chirurg. 10 et 26.

où le doigt distingue avec peine le bourrelet que forme le col utérin : le vagin est renversé, le sang sort de toute la surface de la tumeur, les douleurs sont déchirantes, la syncope, les convulsions surviennent, l'hémorrhagie continue, et la malade meurt dans un espace de temps fort court. La mort n'est pas toujours aussi prompte. Le renversement même complet devient quelquefois chronique, et subsiste pendant un temps plus ou moins long. On voit à l'entrée de la vulve, ou hors de la vulve, une tumeur arrondie, peu douloureuse, qui a de la rénitence, de la dureté et qui descend plus ou moins bas quand la femme fait un effort. Les hémorrhagies continuent et reparoissent de temps en temps ; la femme enfin s'épuise et meurt si l'on n'a pu réduire la matrice. Il en est de même du renversement incomplet. Il peut subsister pendant plusieurs années : et c'est dans ce cas particulier qu'on a pris souvent ce renversement chronique pour un polype. On ne commettra point cette erreur, si l'on observe que le pédicule d'un polype est toujours plus long, plus grèle que celui qui résulte d'une matrice renversée. Le col de ce viscère sert de gaine à la tumeur polypeuse. On peut promener le doigt sur toute la circonférence de

ce col et même à une grande profondeur. En appuyant la main sur le ventre au-dessus du pubis, on sent la matrice dans sa place naturelle, tandis qu'on ne sent qu'un vide, quand elle est renversée et hors de la vulve. Enfin la matrice renversée depuis long-temps, soit complètement, soit incomplètement, peut être replacée par les secours de l'art, ou se réduire d'elle-même spontanément; ce qui n'arrive point au polype qui n'est jamais réductible (1).

Les causes du renversement de la matrice sont 1°. les efforts trop violens, trop long-temps prolongés, que font les femmes pour se délivrer, à l'instant de la sortie du fœtus. C'est pourquoi celles qui accouchent debout et précipitamment sont plus exposées que les autres au renversement de ce viscère. 2°. Les tractions faites avec violence sur le cordon ombilical, pour extraire le placenta, la matrice étant dans l'atonie ou l'inertie. 3°. La pesanteur d'un polype implanté au fond de l'utérus.

La curation consiste à réduire la matrice dans l'instant même de l'accident, c'est-à-dire à la retourner sur elle-même, en faisant re-

(1) Mém. de l'Acad. de chirurgie, tom. 3, p. 375.

passer son fond à travers son col. La main est le meilleur instrument qu'on puisse employer pour cette réduction, d'autant plus facile que le renversement est incomplet et récent. S'il est complet, la réduction devient beaucoup plus difficile. On y procède, la femme étant située horizontalement, ayant la poitrine fort basse, le bassin très-élevé, en maniant doucement la tumeur, appuyant plus sur ses parties latérales que sur son fond, dans la crainte de l'élargir et poussant successivement avec les doigts, tantôt d'un côté et tantôt de l'autre (1). A mesure que cette réduction s'opère, la main qui touchoit la surface de ce viscère en est enveloppée et en occupe la cavité. Elle doit rester pendant quelques instans dans la matrice réduite pour en soutenir les parois, ranimer son action languissante et la faire contracter. Ensuite on la retire et l'on prescrit à la malade de ne faire aucun effort et de conserver le plus long-temps qu'il est possible la même situation horizontale. Quoique l'instant qui suit l'accouchement soit le plus favorable pour réduire la matrice renversée, on n'est cependant pas toujours assuré de réussir. Il seroit dangereux de faire des

(1) Puzos, Traité des accouchemens, p. 250.

tentatives inutiles et prolongées trop long-temps. Il vaut mieux repousser doucement le fond de ce viscère dans le vagin, employer les bains, les fomentations émollientes sur la tumeur qui est douloureuse, enflammée, et attendre un moment plus favorable. En usant de violence, on ne réduit la matrice qu'en la meurtrissant, qu'en excitant une inflammation qui peut faire périr la malade. Il est, comme on l'a déjà remarqué, des renversemens chroniques auxquels on n'a pu remédier. J'ai vu, dit Puzos (1), plusieurs femmes à qui la matrice renversée et pendante en dehors ne causoit d'autres maux qu'une importunité en marchant, sans que le toucher et l'air extérieur y apportassent aucune sensibilité douloureuse. Mais il est également vrai que la matrice à demi-renversée, ou totalement renversée depuis long-temps, peut se réduire d'elle-même dans sa place naturelle.

Obliquité de la matrice.

Ce viscère, devenu plus mobile, plus élevé, plus volumineux, à mesure que la grossesse

---

(1) Traité des accouchemens, p. 253. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 3, p. 375, sur les déplacemens de la matrice par M. Sabatier.

avance, obéit à l'action de sa pesanteur et s'incline plus ou moins, antérieurement, ou sur l'un des côtés du bassin. Cette inclinaison de la matrice, dans l'état de grossesse, a été nommée obliquité. Celle qui est latérale gauche est assez rare : l'obliquité en devant est plus commune, ainsi que l'obliquité latérale droite. Les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, et qui ont par conséquent la ligne blanche très-élargie et les muscles droits amincis et fort écartés l'un de l'autre, sont exposées à l'obliquité antérieure. Vers le sixième ou septième mois de la grossesse, la matrice, en se portant sur la paroi antérieure du ventre, affoiblie depuis long-temps, s'incline en devant : son fond passe par-dessus le pubis, et tombe sur les cuisses de la femme, c'est ce que les Français nomment ventre en besace, *venter propendulus*. Cette obliquité antérieure a été prise par Sennert et par Doëring (1), pour une hernie de la matrice passée à travers l'anneau inguinal. Deux femmes éprouvoient les douleurs de l'accouchement : la matrice inclinée en devant et un peu obliquement tomboit sur leurs cuisses; on fit sans nécessité

(1) Fab. Hildan, de nova, rara et admiranda hernia uterina, p. 893.

l'opération césarienne, d'après l'opinion que ces femmes ne pouvoient accoucher sans ce secours. Elles moururent victimes de cette manœuvre, et les auteurs de ces observations les publièrent comme des faits rares, sous le titre de hernie de matrice, *hernia uterina.* Cette fausse dénomination d'une maladie qui n'a pas même été examinée après la mort comme elle auroit dû l'être, a perpétué une erreur qu'ont servilement copiée ceux qui dans la suite ont parlé de ces mêmes faits.

Cette obliquité, soit antérieure, soit latérale, cause vers les derniers temps de la grossesse des douleurs incommodes dans les lombes et dans les aines. Elle rend l'accouchement long et un peu difficile, mais elle n'en trouble pas essentiellement le mécanisme. On fait garder le lit à la malade, et l'on soutient avec un bandage en forme de suspensoir la paroi affoiblie du ventre. Au moment de l'accouchement, la femme doit être située horizontalement et sur le côté opposé à la déviation. On soulève avec la main le fond de la matrice, pour rendre, autant qu'il est possible, son orifice parallèle à l'ouverture du bassin. Dans l'intervalle des douleurs, on ramène avec un doigt cet orifice vers le centre du bassin, et on maintient le doigt dans la même situation

jusqu'à ce que cet orifice soit assez ouvert pour permettre à la poche des eaux de s'y engager. Sans cette précaution, la portion de la matrice qui recouvre la tête du fœtus, s'enflamme, se déchire et met obstacle à l'accouchement (1).

Antéversion et rétroversion de la matrice.

C'est le nom qu'a donné le docteur Hunter à un déplacement particulier de la matrice. Dans la rétroversion, le fond de ce viscère est appuyé sur l'os sacrum, et son orifice est tourné vers le pubis. Si c'est l'antéversion, déplacement moins grave et moins commun que le précédent, le fond de la matrice est derrière le pubis et son orifice est au-devant de l'os sacrum. La rétroversion se fait ordinairement dans le deuxième ou troisième mois de la grossesse. Au quatrième mois, la matrice a trop de volume et trop d'élévation pour s'enfoncer dans l'excavation du bassin et y prendre une situation transversale de devant en arrière.

Cette rétroversion se fait lentement, par des degrés insensibles, dans l'espace de quelques jours, ou subitement. On a dit que les

---

(1) Art des accouchemens, par M. Baudelocque, t. 1, p. 180.

causes de ce déplacement étoient le vomissement, les efforts que font les femmes enceintes pour rendre les matières stercorales, urinaires : on l'a attribué à une chute, à un coup, à une forte pression sur le ventre et même à une grande frayeur. M. Hunter (1) pense que la forme particulière du bassin, lorsqu'il a une grande capacité inférieurement et qu'il est plus étroit dans sa partie supérieure, contribue à produire la rétroversion. La matrice, en se développant dans le deuxième et troisième mois de la grossesse, occupe la partie la plus basse du bassin, comprime le col de la vessie et détermine la rétention d'urine. La vessie distendue par plénitude, s'élève de plus en plus, entraîne avec elle de bas en haut le col de la matrice, la partie supérieure du vagin, et devient la cause immédiate de la rétroversion. Il en résulte que si la vessie pouvoit être toujours dans un état de vacuité, ce déplacement ne se formeroit jamais, et que s'il se formoit, il seroit si peu considérable, que la matrice reprendroit d'elle-même sa situation naturelle. Ce qu'il y a de certain, c'est que la rétroversion de ce

(1) Medical observations and inquiries by a society of physicians, tom. 5, p. 388.

viscère s'annonce toujours par des épreintes au col de la vessie, au rectum, par des douleurs dans les aines, dans les lombes, dans le ventre qui se tuméfie. La femme sent le mouvement d'un corps qui se précipite vers le vagin. Elle ne peut ni uriner, ni rendre les matières stercorales : souvent il est impossible d'introduire une sonde dans la vessie, et de faire pénétrer un lavement dans le rectum. Ces accidens sont quelquefois très-rapides : la femme meurt en peu de jours, avec rétention d'urine, et même avec une crevasse gangréneuse de la vessie suivie d'épanchement d'urine dans le ventre, la matrice n'ayant pu être réduite (1).

On s'assure, par le toucher, qu'il y a rétroversion. Si l'on introduit un doigt dans le vagin, on sent une tumeur solide, rénitente, formée par la matrice qui remplit la cavité du bassin dans lequel elle est comme incarcérée. En portant le doigt dans l'anus, on sent aussi une tumeur formée par le fond de la matrice qui comprime le rectum. Levret (2), qui a donné à ce déplacement le nom de renverse-

---

(1) Medical observat. and inquiries, tom. 4, p. 388 et suivantes.

(2) Journal de médecine, tom. 40, ann. 1773, p. 269.

ment transversal, dit que s'il est possible d'introduire une sonde dans la vessie, on distingue une tumeur dure qui a été prise pour une pierre ou pour un fungus.

L'ancienneté de ce déplacement, l'enfoncement plus ou moins grand de la matrice, dans le bassin, la pression que ce viscère éprouve, la possibilité ou l'impossibilité d'évacuer l'urine par la sonde, rendent le pronostic plus ou moins défavorable.

Avant que de procéder à la réduction, il est nécessaire de faire prendre un lavement à la malade et d'évacuer l'urine retenue, soit avec la sonde, soit en comprimant avec deux doigts la vessie par le vagin. Ces précautions prises, on fait situer la femme de manière qu'elle soit appuyée sur ses genoux et sur ses coudes. Ensuite on introduit deux doigts dans l'anus et deux autres doigts dans le vagin, afin de relever le fond de l'utérus, d'en abaisser le col, en faisant faire une espèce de mouvement de bascule à ce viscère : procédé indiqué par feu Grégoire, accoucheur de Paris, mort il y a environ cinquante ans. Cette opération terminée, la femme ne doit faire aucun effort; elle doit garder le lit pendant quelque temps et porter un pessaire (1).

(1) Journal de médecine, tome 67, année 1786,

LXXXIII.

LXXXIII.

CHUTE OU RENVERSEMENT DU VAGIN.

C'est la membrane interne de ce conduit qui se retourne ou se renverse de dedans en dehors, en formant à l'entrée de la vulve une tumeur plus ou moins volumineuse, rougeâtre et semblable à de la chair. Ce renversement est partiel ou total : il se fait dans un des points de la circonférence du vagin, ou dans toute sa circonférence, soit subitement, soit lentement. S'il est total, la tumeur est protubérante, arrondie, a deux ou trois pouces d'épaisseur, et ressemble, jusqu'à un certain point, à un bourrelet dans le centre duquel on peut introduire le doigt. Lorsque le renversement ne se fait que dans la partie supérieure ou latérale du vagin, la tumeur est ordinairement petite, ronde, facile à reconnoître et à réduire. Cette maladie peut devenir chronique, si l'on n'y remédie point dans son principe. Elle est souvent produite par la chute ou le renversement de la matrice, par la hernie de la vessie et par celle qu'on nomme

---

p. 283. Observation sur la rétroversion de la matrice par M. Dussausoy, chirurgien de Lyon.

vaginale. D'autres causes peuvent encore la faire naître : telles sont l'amplitude du bassin, la largeur excessive de la vulve, les efforts réitérés de quelque nature qu'ils soient, l'affoiblissement de toutes les tuniques du vagin par des fleurs blanches très-abondantes, par plusieurs accouchemens. Il n'est point rare de voir le vagin se renverser au-devant de la tête de l'enfant pendant les douleurs et les efforts d'un accouchement long et difficile. Lorsque cette maladie devient chronique, la femme éprouve un sentiment de pesanteur et de tiraillement : elle a de fréquens besoins d'uriner et une irritation continuelle dans cette partie. L'urine, en tombant sur la tumeur, l'enflamme, l'excorie, et produit à la longue des ulcères gangréneux.

Il est facile de replacer le vagin lorsque le renversement est récent et partiel. Cette réduction s'opère assez souvent d'elle-même par le repos, en gardant une situation horizontale, et en évitant de faire aucun effort. Des lotions, des injections aromatiques sont utiles dans certaines circonstances, ainsi qu'un pessaire conservé au moins pendant quelque temps. Si la tumeur n'est pas instantanément réductible, parce qu'elle est volumineuse, enflammée, douloureuse, ulcérée,

on satisfait à ces diverses indications par les procédés connus, et l'on fait même des scarifications pour opérer le dégorgement d'une partie qui depuis long-temps a perdu sa mollesse naturelle.

LXXXIV.

CHUTE OU RENVERSEMENT DU RECTUM.

Ce n'est point la totalité de cet intestin qui se renverse, mais une partie de sa membrane interne qui se retourne et sort à travers l'anus, pour former extérieurement une tumeur rouge, molle, applatie, circulaire (1). En portant le doigt dans le vagin d'une femme qui avoit depuis vingt ans une tumeur livide, sanguinolente, fétide, de la grosseur du poing, produite par ce qu'on appelle improprement chute du rectum, Levret (2) observa que le vagin et la matrice étoient dans leur situation naturelle, ce qui ne seroit point arrivé si la totalité de l'intestin fût sortie hors de l'anus, d'après l'opinion vulgaire.

---

(1) Schacher, de morb. a situ intestinor. Haller, Disput. chirurg. select. tom. 3, p. 14.

(2) Traité des polypes, p. 162.

Ce renversement de la membrane interne du rectum s'observe fréquemment dans les enfans attaqués de ténesmes, de dyssenterie, que les douleurs de la pierre tourmentent, ou qui subissent l'opération de la lithotomie. Les femmes qui ont des hémorrhoïdes internes et qui font de violens efforts en accouchant, sont exposées au même accident (1).

Lorsque cette maladie est simple et récente, il est très-facile de replacer la tumeur, en la comprimant avec les doigts et de la maintenir réduite par l'application d'un appareil modérément compressif. La plupart des malades sont habitués à se rendre eux-mêmes ce service. Mais si le mal devient chronique, si l'on néglige de réduire la tumeur, si elle ressort au plus léger effort, ou reste exposée à l'action de l'air extérieur, elle augmente de volume, devient fungueuse, s'ulcère et verse du sang. Peu à peu la santé s'altère, les digestions se font mal, le malade tombe dans la langueur, la perte du sang l'épuise et le fait périr. Tel a été le sort d'un enfant âgé de huit ans, qui avoit depuis plus de six mois un renversement du rectum qu'on ne put maintenir réduit. La tumeur, sans être absolument dou-

(1) Smellie, Traité des accouchemens, tom. 3, p. 538.

loureuse, versoit continuellement du sang. Cet enfant mourut dans la fièvre lente et le marasme (1). Nous dirons dans un instant ce qu'on auroit dû faire pour lui conserver la vie.

Un autre enfant âgé de dix ans, mais fort et robuste, vivant à la campagne, avoit depuis plus d'un an un renversement du rectum formant une tumeur un peu dure de deux à trois pouces de longueur. Nous la réduisîmes en exerçant une pression un peu forte, ce que n'avoient point osé faire ceux qui avoient vu ce malade avant nous. La guérison fut complète aussi-tôt après la réduction, sans qu'il fût besoin d'employer aucun secours accessoire.

Lorsque le renversement du rectum devient chronique, la membrane interne de cet intestin exposée au contact de l'air est fungueuse, épaisse, verse du sang et s'ulcère. Il en résulte une infirmité habituelle, avec impossibilité de réduire la tumeur, ou de la maintenir réduite, quand elle a acquis par laps de temps un volume considérable. Dans cette maladie grave, les auteurs les plus anciens (2) ont

(1) Binninger, obs. 62, centur. 2, p. 198.

(2) Aetius, Tetrabibli. quart. Serm. 2, cap. 7, p. 760. — Vegetius, Mulo medicina, lib. 3, cap. XI.

donné le conseil salutaire de cautériser la surface de la tumeur. On n'ignore point que la membrane interne du rectum s'exfolie quelquefois en partie ou en totalité, après des inflammations gangréneuses, chez les personnes qui ont un renversement de cet intestin et des hémorrhoïdes internes très-douloureuses. Plusieurs observations prouvent que des malades ont été guéris après cette exfoliation procurée par art, ou par un bienfait de la nature, quand l'inflammation a été assez forte pour détacher par escharres une portion, ou la totalité de la membrane interne avec quelques-unes des tumeurs hémorrhoïdales (1).

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, d'un assez bon tempérament, avoit depuis un an un renversement du rectum avec ténesmes douloureux, évacuations alvines sanguinolentes, et même hémorrhagie. Les digestions se faisoient mal : la tumeur avoit le volume du poing d'un adulte et étoit parsemée d'un grand nombre de vaisseaux variqueux. On

---

(1) Cheselden, Anatomy, 7e edit. p. 158. — Tulpius, cap. 17, lib. 3. — Medical essays of Edinburgh, tom. 5, part. 2, p. 654. — Cowper, Anatomy of human body. tabul. 39, fig. 7. — Levret, Traité des polypes, p. 162.

pouvoit la réduire : mais il étoit impossible de la maintenir dans sa place naturelle, malgré l'usage d'un tampon de charpie introduit dans l'anus. Des lavemens toniques et calmans, le vin, le quinquina et autres remèdes fortifians furent insuffisans. M. Kluyskens, professeur de chirurgie, et chirurgien en chef de l'hôpital civil de Gand, qui nous a communiqué cette observation, eut recours au cautère actuel comme au seul remède vraiment curatif dans cette circonstance. Il fit, dans l'espace d'environ six semaines, sept à huit applications du fer rouge, de cinq jours en cinq jours, sur toute la surface de la tumeur. Elle diminua successivement de volume : le ténesme et l'hémorrhagie cessèrent. La suppuration, d'abord abondante, devint moins considérable. La tumeur réduite, on introduisoit dans l'anus une tente de charpie enduite de cérat. Peu à peu l'intestin se rétrécit, les ulcères se cicatrisèrent, et le malade, parfaitement guéri dans l'espace de deux mois, ne fut plus exposé au renversement du rectum, lors même qu'il rendoit les matières stercorales avec effort.

Marc Aurèle Séverin recommande, d'après Léonidas cité par Aëtius, et d'après sa propre expérience, l'application du cautère actuel

comme un remède efficace contre le renversement chronique du rectum formant une tumeur volumineuse (1). Il est certain que cette maladie abandonnée à elle-même, mine sourdement la santé du malade le plus robuste, et le fait périr dans le marasme et la langueur, suite inévitable de l'hémorrhagie, de la suppuration fétide et des mauvaises digestions. L'observation citée plus haut de Binninger en est une preuve suffisante. Il est plus que probable que ce médecin auroit guéri l'enfant confié à ses soins, s'il eût cautérisé sa tumeur, au lieu de prescrire des médicamens internes, d'appliquer inutilement un pigeon sur le synciput et un vésicatoire à la nuque. Marc Aurèle Séverin n'auroit certainement pas donné un pareil avis : voici comment il s'exprime à cet égard. Nous nous servons des propres expressions de Théophile Bonnet, son traducteur.

« Il y a à Naples un gentilhomme de la » maison des Surgenti, lequel est sujet, depuis » sa jeunesse jusqu'à l'âge de quarante ans, à » un renversement du rectum avec grandes » douleurs et autres accidens, sans avoir senti » aucun soulagement des médicamens. Dieu

(1) De medicin. efficaci. exopyria, cap. 95.

» veuille qu'il ne tombe pas un jour en une
» paralysie de cette partie qui sort si souvent,
» ou qu'elle ne devienne livide, ou qu'il n'y
» arrive une gangrène, vu principalement
» qu'il est avancé en âge et que la chaleur natu-
» relle va toujours en diminuant. Je dis ceci
» avec regret, parce que je le vois abandonné
» par nos médecins, comme si le remède le
» plus efficace de tous, savoir le feu appliqué
» sur la partie, n'étoit pas capable de consu-
» mer toute cette humidité superflue qui est
» cause de la relaxation? j'avois formé ce des-
» sein d'entreprendre de guérir une incom-
» modité qui date de vingt ans; mais cette
» belle occasion m'a été ôtée par nos lâches
» médecins ».

Le renversement chronique du rectum, mais peu considérable, entretenu par des hémorrhoïdes internes, volumineuses, qui sortent journellement, se guérit en excisant les tumeurs hémorrhoïdales les plus grosses, et en maintenant le rectum dans sa place naturelle, à l'aide d'un bandage modérément compressif. Sans cette précaution, les malades ne peuvent se transporter à des distances peu éloignées. L'action de marcher, d'aller en voiture, les fatigue, ainsi que la toux et le plus petit effort qui font sortir la tumeur. Ce

renversement exige de la part des malades une attention continuelle dans le choix des alimens, afin d'éviter également la constipation et la diarrhée. On les soulage et on rend cette infirmité supportable, en leur faisant porter tous les jours un bandage dont le point fixe doit être sur les épaules, afin de le rendre plus solide. Ce bandage consiste en une pelote ovale, un peu molle, qui appuie sur l'anus et le comprime, la tumeur étant réduite. A cette pelote sont fixées deux courroies, qui après avoir passé sous les cuisses, se réunissent antérieurement vers le milieu du tronc, en une seule bande qui s'attache à une boucle, afin que le malade ait la faculté, même en marchant, de relâcher ou serrer à volonté son bandage. Nous avons trouvé par expérience qu'il est préférable à celui qu'on appliqueroit circulairement autour du bassin, comme M. Gooch (1) en a fait construire un pour le même objet.

On lit dans le recueil des observations de Saviard (2), qu'un enfant avoit un renversement du rectum, formant une tumeur de la longueur d'un pied. On en fit la réduction

(1) Cases and remarks, p. 156.

(2) Obs. 14, p. 66.

avec un peu de difficulté. Un appareil compressif fut ensuite appliqué sur l'anus pendant quelques jours, et cet enfant fut parfaitement guéri. L'auteur fait sur cette observation une réflexion très-judicieuse, en disant que c'étoit probablement l'intestin colon sorti par l'anus qui formoit la plus grande partie de cette tumeur. Il ajoute qu'en pareille circonstance les malades ont des envies de vomir produites par le tiraillement et le déplacement d'une portion d'intestin. C'est en effet une véritable invagination du colon dans le rectum, ainsi que le prouvent plusieurs observations cadavériques (1). Cette maladie aiguë est ordinairement mortelle dans l'espace de quelques jours. La tumeur longue d'un pied, ou plus, est rouge, verse du sang, s'étrangle et se gangrène. La réduction en est, pour l'ordinaire, impossible. Le malade a des vomissemens, de la difficulté à uriner, à rendre les matières stercorales, avec de violens ténesmes. Cette invagination se fait subitement ou lentement,

(1) Haller Opuscula patholog. obs. 31, p. 76. — La Mettrie, Observations de médecine, obs. 92, p. 138. — Trioen, obs. medicæ, p. 54. — Mémoires de l'acad. de chirurgie, tom. 4, p. 223. — Mélanges de chirurgie, par M. Saucerotte, p. 420.

après une chute sur les fesses, sur les lombes. Quelquefois il n'y a point de tumeur extérieure, parce que ce n'est que la partie inférieure du colon qui s'est invaginée par des degrés insensibles dans le rectum. C'est alors une maladie chronique qui fait périr celui qui en est affecté avec les symptômes d'un rétrécissement ou d'une interruption du canal intestinal. Il éprouve de la difficulté à rendre ses excrémens, a des épreintes continuelles, des coliques, et l'on sent dans l'anus une tumeur qu'on ne peut déplacer avec le doigt.

LXXXV.

HERNIE DU CERVEAU (ENCÉPHALOCÈLE).

TUMEUR molle, arrondie, circonscrite, légèrement compressible, sans changement de couleur à la peau, ayant des pulsations, située sur l'un des points de la circonférence du crâne, et formée par une portion du cerveau protubérante à travers une ouverture naturelle ou accidentelle de cette boîte osseuse. Ainsi cette maladie est de naissance, par défaut d'ossification, ou elle se forme accidentellement, après une déperdition de substance de l'un des os du crâne.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (1) deux observations sur des hernies du cerveau de naissance. Dans l'une, il s'agit d'un enfant qui en naissant avoit une tumeur à la partie postérieure et un peu latérale de la tête. Son volume approchoit de celui d'un petit œuf de poule : elle étoit molle, disparoissoit par compression et occupoit l'endroit où les os occipital, pariétal et temporal se rencontrent et forment une fontanelle latérale. Le défaut d'ossification des bords du pariétal et de l'os occipital étoit à chacun de neuf lignes : par conséquent l'ouverture qui permettoit le déplacement du cerveau, avoit un pouce et demi de diamètre. On sentoit distinctement le mouvement de ce viscère. La tumeur soumise à une compression constante et graduée diminua peu à peu de volume. Le pariétal et l'occipital se sont unis aussi étroitement que les autres os du crâne le sont par leurs sutures respectives dans les enfans de cet âge.

Dans la seconde observation (2), un homme âgé de trente-trois ans avoit, depuis sa naissance, à la partie inférieure du coronal, du

(1) Tome 5, p. 64.
(2) *Ibid.* p. 863.

côté gauche, une tumeur circonscrite, de deux pouces et demi de diamètre en tout sens et qu'au premier coup-d'œil on auroit pu prendre pour une loupe. C'étoit une hernie du cerveau qui avoit été abandonnée à elle-même pendant ce long espace de temps. On sentoit à la circonférence de la tumeur le défaut d'ossification du coronal. Les tégumens étoient dans l'état naturel, et l'on distinguoit à la vue et au toucher les mouvemens du cerveau. Les fonctions intellectuelles n'avoient jamais souffert aucune altération.

Une compression constante et modérée, faite avec une bande roulée, est le moyen le plus efficace pour remédier à cette protubérance ou hernie du cerveau, soit de naissance, soit accidentelle. C'est ordinairement à la suite d'une grande déperdition des os du crâne qu'une portion du cerveau, quoique recouvert par la dure-mère, forme en s'élevant, à travers cette ouverture, une tumeur dont le volume augmente sensiblement par les cris, la toux, les violens éternumens, les efforts réitérés et à chaque expiration. Pigray (1) rapporte qu'une petite fille âgée de six à sept ans, qui avoit eu une fracture à

(1) Epitome, lib. 4, cap. 9.

l'os coronal, portoit encore dans l'endroit de cette lésion, un an après l'avoir reçue, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, produite par cette hernie du cerveau. Cette enfant fut parfaitement guérie par le procédé que l'on vient d'indiquer. En ne s'opposant point par une douce pression à l'impulsion continuelle du cerveau à travers l'ouverture du crâne, la tumeur augmente, devient douloureuse, et la dure-mère amincie peut se rompre dans un accès de toux convulsive. Tel a été le sort d'une fille âgée de treize ans, qui fut trépanée pour une fracture au crâne, dans l'endroit où la suture coronale et sagittale se réunissent. Plusieurs mois après sa guérison, cette fille fut prise d'une toux violente et convulsive. La cicatrice se déchira; une portion du cerveau sortit à travers la crevasse des tégumens. Il en résulta la paralysie des extrémités inférieures, l'assoupissement, l'écoulement involontaire des urines et la mort qui survint le cinquième jour (1).

(1) Medical essays of Edinburgh, tome 2, page 245, art. 12.

LXXXVI.

EXOPHTALMIE : CHUTE DE L'ŒIL.

Les auteurs ont donné le nom d'exophtalmie à la protubérance du globe de l'œil faisant saillie hors de l'orbite : ils ont nommé chute de l'œil la sortie subite et instantanée de cet organe hors de sa cavité.

Plusieurs causes peuvent déplacer l'œil successivement et le porter vers la tempe, du côté du nez, ou inférieurement vers la pomette. Les principales sont la tuméfaction inflammatoire, purulente, cancéreuse de cet organe, l'hydrophtalmie, le staphylome de la cornée, un abcès, une tumeur, une exostose situés dans le fond de l'orbite, un fungus de la dure-mère, du sinus maxillaire qui ramollit et détruit les parois de la cavité orbitaire. L'œil tuméfié ne peut plus être contenu dans sa place naturelle; il se déplace par le volume qu'il acquiert progressivement, par une tumeur qui, située dans l'intérieur du crâne, ou dans l'orbite, le pousse en dehors. Ainsi cette protrusion n'étant qu'un accident secondaire, on ne peut guérir le malade qu'en détruisant d'abord, s'il est possible, la cause primitive du

déplacement

déplacement de l'œil. Ces différentes causes morbifiques ayant été exposées dans cet ouvrage, il suffit d'indiquer les observations qu'on peut consulter sur cette matière (1).

La chute de l'œil est toujours produite par une violence extérieure. Un coup porté sur la tête, dans le voisinage de l'orbite, l'introduction d'une baguette, d'un fleuret, d'un corps étranger qui séjourne entre l'œil et la cavité orbitaire peuvent produire le déplacement subit de cet organe. Un homme tomba de quinze ou seize pieds de haut sur la tête; l'œil droit sortit de l'orbite et étoit pendant sur la joue. Ce malade perdit connaissance dans l'instant du coup, et fut pris d'un assoupissement léthargique; il avoit une contusion sur le pariétal droit, mais sans fracture. L'œil se replaça de lui-même peu de temps après l'accident. La diète et des saignées multipliées suffirent pour le guérir dans l'espace d'un mois (2).

Il résulte de ce fait et de quelques autres

(1) Fab. Hildan, centur. 6, obs. 1. — Vander Wiel, centur. 2, obs. 9. — Paw, obs. anat. 23. — Tulpius, lib. 1, cap. 28. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 5, p. 161. — Médical observations and inquiries by a society of physicians, tom. 4, p. 371. — White, cases in surgery, p. 135. — Warner, obs. chirurg. obs. 5.

(2) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 1, p. 198.

semblables, que le nerf optique et les muscles de l'œil peuvent souffrir une grande distension sans se rompre, et sans que la vision soit nécessairement détruite, puisque des malades ont conservé la faculté de voir après la réduction du globe de l'œil (1). Avant que de la faire, on doit examiner l'espèce de lésion qu'il a soufferte, rechercher s'il y a dans l'orbite du sang auquel on doive donner issue, ou un corps étranger qu'il est nécessaire d'extraire. Dans tous les cas, l'œil doit être replacé promptement et maintenu dans sa situation naturelle par une douce et très-légère pression.

LXXXVII.

CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Maladie dans laquelle la paupière, constamment abaissée, recouvre la convexité du globe de l'œil, et donne, à celui qui en est affecté, l'aspect d'une personne qui sommeille, lorsque la maladie existe dans les deux paupières. Il en résulte de la difformité, la priva-

---

(1) Scultet, Appendix, obs. 69. — Covillard, obs. 27. — P. Borel, centur. 3, obs. 64. — Rhodius, centur. 1, obs. 84.

tion plus ou moins grande de la vue et une disposition au strabisme, si la chute de la paupière n'est pas complète, parce qu'alors l'œil est habituellement dirigé en bas et de côté. Différentes causes produisent cette incommodité, qui est quelquefois de naissance (1). Une des plus communes est la foiblesse, l'atonie, ou la paralysie du muscle releveur de la paupière, comme on l'observe dans les vieillards attaqués d'hémiplégie. C'est alors un mal incurable, qui est compliqué de l'affoiblissement de la vue, de goûte sereine, ou de la paralysie des muscles de la face. Souvent aussi cette maladie est précédée de maux de tête, de tintemens d'oreille, de dégoût pour toute espèce d'alimens, et dépend d'une affection gastrique, d'un foyer bilieux contenu dans les premières voies. Alors les vomitifs, les purgatifs, sont les remèdes qu'on administre avec succès : on applique ensuite un vésicatoire à la nuque et des linimens volatils, spiritueux, immédiatement au-dessus du sourcil et sur la paupière affectée.

Si c'est un spasme, ou la contraction involontaire du muscle orbiculaire des paupières, qui empêche d'ouvrir l'œil, cet état spasmo-

(1) Janin, Mémoires et observations sur l'œil, p. 362.

dique n'est pas permanent; il subsiste plus ou moins long-temps, et quelquefois il est périodique. Pendant l'accès, les paupières sont si exactement rapprochées, qu'on éprouve une résistance insurmontable à les ouvrir. C'est le résultat d'une cause irritante qui agit idiopathiquement, ou sympathiquement. Une substance âcre, stimulante, introduite entre les paupières, produit cet effet : quelquefois les muscles de la face participent de ce spasme devenu chronique; enfin c'est encore un symptôme d'hystéritie, du chorea *Sti-Viti*, d'une affection vermineuse, ou d'une cause qui réside dans les premières voies et qui agit sympathiquement. Alors les collyres ont peu d'efficacité, et l'on préfère à ceux qui sont spiritueux ceux qui sont calmans, émolliens, tels que le lait, une décoction de tête de pavot.

Une fille âgée de trente ans avoit tous les jours, vers les six heures du soir, un écoulement de matière blanchâtre, épaisse, par le grand angle de l'œil, avec impossibilité d'ouvrir les paupières qui étoient très-exactement rapprochées, ce qui la jetoit dans un état de cécité jusqu'au lendemain matin. Alors elle ouvroit les paupières et voyoit distinctement les objets. Cette maladie subsistoit depuis environ six mois avec la même périodicité. Plu-

sieurs remèdes avoient été administrés sans succès. Cette fille prit à Balaruc des douches sur la tête et sur la nuque. Après la neuvième douche, le spasme des paupières parut une heure plus tard que de coutume et l'écoulement fut moins considérable. Peu à peu l'accès diminua, les paupières s'ouvrirent et se fermèrent à volonté, en sorte que cette fille fut parfaitement guérie (1).

Lorsque dans la chute de la paupière par atonie, par alongement de la peau, le malade jeune encore peut relever sa paupière en pinçant la peau entre deux doigts et lui faisant faire un pli transversal, on a donné le conseil d'exciser cet excédent de peau, sur-tout lorsque la chute de la paupière est compliquée du renversement du tarse en dedans, ce qui irrite et enflamme le globe de l'œil, et que d'ailleurs les remèdes spiritueux et stimulans ont été appliqués sans succès. Cette opération, par laquelle on remédie tout à-la-fois à la chute de la paupière et à l'inversion des cils, *entropium*, s'exécute de la manière suivante. Le malade, assis et affermi sur une chaise, on saisit avec les doigts la peau de la paupière par un pli transversal qui en est l'excédent et

(1) Philosoph. Transactions, ann. 1738, p. 311.

que l'on retranche avec des ciseaux. Si le tarse est tourné en dedans, et si les cils irritent l'œil, cette excision cutanée doit être faite assez près du tarse lui-même : au lieu que s'il ne s'agit que de remédier à la chute de la paupière, il suffit d'en exciser la peau vers le bord de l'orbite. L'opération terminée, on rapproche les lèvres de cette plaie transversale et on les maintient réunies avec de petites bandes d'emplâtre agglutinatif, de la charpie, des compresses et un bandage simple. La suture, quoique recommandée par plusieurs auteurs, est inutile lorsque cet appareil est méthodiquement appliqué.

Un soldat reçut un coup de sabre qui divisa transversalement la paupière supérieure dans toute son épaisseur, sans endommager l'œil. La plaie étant cicatrisée, cet homme ne put relever à volonté sa paupière qui tomboit sur l'œil. En pinçant la peau avec deux doigts, au bas du front et à un demi-travers de doigt au-dessus de la paupière, il la relevoit et pouvoit alors ouvrir et fermer son œil librement. D'après cet examen, on jugea convenable de faire à la partie supérieure de la paupière une plaie transversale avec perte de substance, et d'en rapprocher ensuite les bords. Cette excision eut tout le succès desiré :

le malade put ouvrir et fermer son œil à volonté (1).

Une maladie contraire à la précédente, est celle qui consiste dans la rétraction de la paupière supérieure, qui ne peut s'abaisser pour couvrir le globe de l'œil. On l'a nommée *lagophtalmie*, œil de lièvre. Les paupières ne pouvant plus s'ouvrir et se fermer pour faciliter l'absorption des larmes par les points lacrymaux, l'œil est larmoyant; la fumée, la poussière, l'irritent et l'enflamment, il est exposé à recevoir trop de lumière, et le malade ne peut dormir dans un lieu éclairé. Les causes de cette maladie sont très-multipliées. C'est ordinairement le résultat d'une plaie avec perte de substance, d'une brûlure, d'un ulcère dont la cicatrice dure et épaisse fronce la paupière supérieure et la rend trop courte avec éraillement. Dans ce dernier cas, le mal est incurable : il n'y a nulle opération à tenter. Le seul secours consiste dans l'usage de moyens mécaniques propres à s'opposer à l'introduction d'une trop grande quantité de lumière dans l'œil.

---

(1) Morand, Opuscules de chirurgie, 2e partie, p. 195.

LXXXVIII.

ANCHYLOBLEPHARON.

Adhérence des paupières : elle est de deux espèces. Dans l'une, la membrane interne des paupières est adhérente au globe de l'œil : dans l'autre, les tarses sont seulement unis entre eux. Rarement ils sont agglutinés dans toute leur étendue, d'un angle à l'autre ; l'œil n'est presque jamais complètement fermé. L'écoulement des larmes s'oppose, jusqu'à un certain point, à cette réunion totale. Il reste presque toujours un petit écartement qui a une ligne ou deux de longueur et qui permet aux malades de voir les objets, en dirigeant l'œil de ce côté : aussi contractent-ils un strabisme qui subsiste par habitude, même après qu'on a désuni les paupières. Cette agglutination est la suite de l'inflammation et de l'ulcération des tarses maintenus pendant un certain temps dans un contact mutuel.

On y remédie par l'opération suivante. On introduit dans l'endroit où il ne s'est pas fait de réunion, une sonde cannelée très-fine qui sert à conduire un petit bistouri droit avec lequel on incise de dedans en dehors, sans blesser les tarses, ni le globe de l'œil, tout ce

qui est adhérent. La maladie est quelquefois d'une si petite étendue, qu'il suffit de tendre avec deux doigts les paupières, en les éloignant l'une de l'autre, et d'introduire, sans sonde, un petit bistouri boutonné, ou une branche de petits ciseaux dont la pointe est obtuse, pour détruire l'adhérence d'un seul coup. On enduit ensuite les tarses d'un cérat dessicatif. Avant que de faire cette incision, il est nécessaire de s'assurer si le mal ne consiste que dans l'adhérence des tarses entre eux : car l'opération proposée seroit inutile si la cornée avoit perdu sa transparence. Néanmoins, si l'œil étoit atrophié, désorganisé, et si le malade vouloit, pour remédier à la difformité, porter un œil artificiel, on pourroit faire la même opération après avoir excisé la cornée et vidé l'œil.

L'anchyloblepharon qui consiste dans l'adhérence de la face interne des paupières avec le globe de l'œil, est également la suite de l'inflammation, de l'ulcération de la surface de cet organe et de l'intérieur des paupières après une brûlure, la petite vérole, un anthrax de la paupière. Cette adhérence est quelquefois très-étendue : quelquefois elle n'existe que dans un point. Dans le premier cas, le malade ne peut ouvrir l'œil, il est privé de la

lumière, et la cornée est opaque. Dans le second, il ouvre en partie les paupières et voit un peu, en dirigeant l'œil du côté où il est entr'ouvert.

On a proposé depuis les temps les plus reculés, de désunir, à l'aide de l'instrument tranchant, les paupières adhérentes avec le globe de l'œil; mais le succès de cette opération est très-incertain. Si l'adhérence est forte, pour ainsi dire charnue et formant une cicatrice large, profonde, l'opération est très-difficile à exécuter, elle est même inutile, parce qu'après l'avoir faite, l'inflammation et la suppuration détermineroient une adhérence nouvelle, quelque moyen qu'on employât pour l'éviter. Lors même que la paupière n'est adhérente avec le globe de l'œil que dans un point, la cornée est opaque dans cet endroit et resteroit telle après l'opération. Il est donc inutile de la faire.

On a proposé d'introduire de la charpie, une feuille d'or, ou de baudruche, un très-petit morceau de linge fin, entre le globe de l'œil et les paupières, pour empêcher, après l'opération, une nouvelle adhérence; mais ces corps étrangers compriment l'œil, l'enflamment, se replient et ne restent point en place. D'autres ont conseillé d'appliquer momenta-

nément un œil de verre. L'unique moyen de s'opposer à une nouvelle adhérence, seroit de faire mouvoir très-souvent l'œil, de le baigner plusieurs fois le jour dans une infusion de plantes mucilagineuses, d'introduire fréquemment entre les paupières un peu de cérat de Saturne, ou le mucilage de psyllium. Mais ces divers procédés ne réussissent presque jamais. *Ego sic restitutum esse neminem memini. Meges se quoque multa tentasse, neque unquam profuisse, quia semper iterum oculo palpebra inhœserit, memoriœ prodidit* (1).

LXXXIX.

CHUTE DE L'IRIS
(*Staphyloma iridis*).

On a donné différens noms à la tumeur noirâtre que forme la chute ou le déplacement d'une portion de l'iris à travers un ulcère, ou une plaie de la cornée transparente. Cette tumeur est quelquefois si petite, qu'elle ressemble à une tête de mouche, et alors les médecins grecs (2) lui ont donné le nom de

(1) Cornel. Celsus, lib. 7, cap. 7.
(2) Paulus Æginêta, lib. 3. cap. 22.

myocephalon. Quand elle est un peu plus grosse et semblable jusqu'à un certain point à un grain de raisin noir, ils l'ont nommée *staphylome :* ils l'ont appelée *melon*, une pomme, ou *elos* un clou, lorsqu'elle est arrondie, dure et calleuse.

Plus l'ouverture faite à la cornée par incision ou par rupture est grande et près de son bord inférieur, plus on doit craindre la chute de l'iris. Une petite portion de cette membrane peut aussi s'échapper par une légère crevasse du milieu de la cornée, et former extérieurement un point noir qui en se durcissant a été pris pour un corps étranger: méprise capable d'occasionner des accidens graves, si l'on tentoit d'extraire avec des pinces ce petit tubercule noirâtre, dans la supposition que c'est un corps étranger. On feroit alors sortir une plus grande portion d'iris en tirant cette membrane à soi, la prunelle se fermeroit, l'œil seroit attaqué d'une forte inflammation et de douleurs très-vives.

Les plaies, les ulcères de la cornée, sont les causes de la chute de l'iris. Ce déplacement se fait assez souvent, lorsque l'œil éprouve une compression, lorsque ses muscles entrent en convulsion, pendant ou après l'opération de la cataracte. S'il a lieu pendant cette opéra-

tion, il n'est pas très à redouter, parce que celui qui opère s'en apperçoit sur le champ, et que l'incision de la cornée étant très-grande, on a la facilité de remettre aussi-tôt l'iris dans sa place naturelle. C'est encore quelques jours après l'opération de la cataracte, lorsque la plaie est en partie cicatrisée, et sur-tout lorsqu'on exerce une pression sur l'œil avec des compresses, avec les doigts, en ouvrant sans précaution les paupières, ou par l'effort de la toux, du vomissement, qu'une portion de l'iris forme extérieurement une tumeur noirâtre, en s'insinuant entre les lèvres de la plaie. Il en résulte une ophtalmie, le larmoyement et des douleurs vives qui augmentent par le frottement de l'iris contre les paupières, lorsque l'œil se meut. Peu à peu cette petite tumeur acquiert plus de volume et s'enflamme par étranglement, sur-tout si l'ouverture de la cornée est petite, et si l'iris a été poussée au-dehors avec violence. Insensiblement la tumeur perd sa sensibilité, se durcit et cause peu de douleur; la prunelle se déplace, n'est plus dans le milieu de l'œil, est entraînée du côté où est la tumeur, s'élargit, prend une forme oblongue, alongée, devient ovale par suite de l'adhérence de l'iris au bord de l'ouverture de la cornée et à la face interne de

cette membrane. La prunelle très-élargie laisse entrer dans l'œil trop de rayons lumineux : le malade, au lieu de voir est ébloui, le grand jour lui est insupportable.

Cette chute de l'iris est facile à reconnoître, lorsqu'elle se fait à l'instant même où la cornée est ouverte accidentellement. On doit toujours la craindre peu de temps après la formation d'un ulcère ou d'une plaie faite à cette membrane. Plus la chute de l'iris est ancienne, plus la réduction en est difficile, à cause de l'adhérence que cette membrane contracte avec la face interne de la cornée. La réduction est facile, si la plaie est grande, la tumeur récente, sans adhérence. On l'exécute en faisant coucher le malade sur le dos, en soulevant avec la pointe d'un stilet les bords de la plaie de la cornée, et en repoussant la portion sortie de l'iris. Comme elle se déplace aisément de nouveau, il est nécessaire de faire tenir le malade couché pendant plusieurs jours, de ne point comprimer l'œil avec un bandeau, mais de tenir seulement les paupières rapprochées avec une bandelette de linge enduite de cérat, et de faire tomber de temps en temps les rayons d'une lumière assez vive sur l'œil ainsi fermé. Si la portion déplacée de l'iris est enflammée, si elle se tuméfie et devient dou-

loureuse au plus petit mouvement du globe de l'œil, on saignera le malade, on le fera tenir constamment couché sur le dos et l'on touchera la tumeur avec quelques gouttes d'une solution d'alun cru dans de l'eau, ou avec toute autre liqueur légèrement stimulante. Si la réduction ne peut s'effectuer par ce procédé, on exercera sur l'œil une pression légère avec le doigt que l'on fera mouvoir çà et là, comme pour repousser, par ce frottement, la portion de l'iris récemment sortie, et l'on continuera l'usage d'un collyre astringent. On peut encore irriter légèrement, avec la pointe d'une lancette, l'iris qui se resserre et se retire quelquefois assez promptement, en se replaçant d'elle-même. Lorsque la tumeur est ancienne, indolente, sans inflammation, irréductible, parce qu'elle est adhérente à l'ulcère de la cornée, on la touchera plusieurs fois avec le muriate d'antimoine, ou avec la pierre infernale, pour la détruire (1). La première application du caustique produit une sensation douloureuse, mais momentanée. Trois ou quatre applications suffisent ordinairement pour procurer la destruction de la tumeur. Cependant si elle étoit dure et volumi-

(1) Janin, Mémoires sur l'œil, p. 396.

neuse, il faudroit d'abord l'exciser en la coupant avec la pointe des ciseaux au niveau de l'ulcération de la cornée, et la cautériser ensuite un peu profondément. Cette excision et cette cautérisation font cesser le frottement qu'excite contre les paupières le tubercule que forme l'iris déplacée et contribuent à la cure de l'ulcère. La tumeur détruite et l'ulcère cicatrisé, la prunelle, devenue irrégulière, ne reprend qu'imparfaitement sa figure naturelle, à raison de l'adhérence que l'iris a contractée avec la face interne de la cornée.

X C.

PROLONGEMENT CHRONIQUE DE LA LANGUE HORS DE LA BOUCHE : CHUTE DE LA LANGUE (*Lingua propendula*).

Quelques enfans ont, au moment de la naissance, la pointe ou l'extrémité de la langue constamment hors de la bouche, de la longueur d'un ou de deux travers de doigt. Les accoucheurs, ordinairement consultés pour cette disposition vicieuse, y remédient en stimulant avec un peu d'alun cru en poudre, ou de poivre, l'extrémité de la langue; ce qui suffit pour replacer cet organe et s'opposer à sa

sa protrusion consécutive. Si cette affection morbifique est négligée dans son principe, elle augmente peu à peu : la langue se tuméfie, se prolonge, reste pendante sur le menton et cause une difformité très-apparente. A mesure qu'elle se prolonge et se tuméfie, elle entraîne avec elle, par son poids, l'os hyoïde et la partie supérieure du larynx ; ce qui contribue à rendre la déglutition difficile. L'effusion continuelle de la salive qui n'est plus retenue dans la bouche, procure la soif et l'aridité du gosier. Les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure se déjettent en devant et sortent en partie de leurs alvéoles. La langue qui frotte contre ces dents déplacées et usées, s'excorie et verse du sang. La mâchoire inférieure, toujours abaissée, se porte un peu en avant, la lèvre inférieure se renverse et s'alonge ; le bord supérieur de la mâchoire inférieure est creusé peu à peu dans son milieu, dépourvu consécutivement de dents par la présence et les mouvemens de la langue, qui y forme une espèce d'échancrure pour s'y loger. Enfin cet organe, tantôt plus, tantôt moins tuméfié, prend un volume souvent considérable, s'ulcère et reste constamment hors de la bouche pendant plusieurs années. Tels sont les symptômes qui caractérisent

cette maladie lorsqu'elle est invétérée : elle n'empêche pas absolument de parler et d'avaler, mais le son de la voix est rauque, et la déglutition est toujours plus ou moins gênée (1).

Plusieurs observations rapportées dans l'ouvrage que l'on vient de citer, prouvent que le prolongement de la langue hors de la bouche est une maladie chronique, qui diffère essentiellement de toutes les espèces de tumeurs dont cet organe est susceptible par des causes très-variées. Cette tuméfaction de la langue peut, jusqu'à un certain point, mettre obstacle à sa réduction ; mais il est facile d'en diminuer d'abord le volume, et de la maintenir ensuite réduite. Dans différentes circonstances, et selon que la maladie est récente ou ancienne, la langue plus ou moins tuméfiée, mais molle, ou durcie et comme desséchée par sa longue exposition à l'air, on emploie des lotions, des gargarismes émolliens ou légèrement stimulans, selon l'état variable de la partie affectée. L'application des sangsues, de légères scarifications, produisent une déplétion dans la tumeur, qui devient ensuite

(1) Mémoires de Mathématiques et de Physique de l'Institut national, tome 1, page 1.

réductible. Si dans un enfant nouveau-né, la pointe de la langue non tuméfiée ne sort que de quelques lignes hors de la bouche, si la maladie ne se montre encore que sous l'apparence d'une affection légère qui fixe peu l'attention des parens, on remédie efficacement à cette disposition vicieuse en irritant l'organe de la parole, comme on remédie au prolongement de la luette en la stimulant avec du poivre, ou avec de l'alun en poudre. Ce premier secours ne doit pas faire négliger l'application d'une fronde pour maintenir les mâchoires rapprochées, afin de s'opposer à la sortie de la langue, au renversement en devant de l'os hyoïde, et à l'alongement successif des muscles qui tiennent ces parties dans leur situation naturelle. Enfin il est bien important de ne pas prendre pour un cancer la maladie dont il s'agit lorsqu'elle est invétérée, et de ne pas, d'après une fausse vue, retrancher l'extrémité protubérante de l'organe de la parole, comme quelques praticiens l'ont fait.

XCI.

LES PLAIES.

Une plaie est une solution de continuité récente, avec effusion plus ou moins grande de sang, faite à une partie molle, ou dure, par un instrument piquant, tranchant, ou contondant. Il est aussi des plaies par déchirement, par arrachement, par rupture, relativement à la cause qui détruit l'intégrité de l'une de nos parties. La distension violente et subite qu'éprouve un muscle, peut en opérer le déchirement. Un tendon se rompt par la même cause, sous la peau qui le recouvre; un membre peut être arraché en partie, ou en totalité, par une violence extérieure. Ainsi les plaies diffèrent les unes des autres par leur simplicité ou leur complication, par la cause qui les produit, par leur figure et leur direction, par le lieu qu'elles occupent, par l'âge et le tempérament du malade, par les accidens très-variés qui résultent de la lésion de telle ou telle partie du corps. C'est pourquoi il est des plaies nécessairement mortelles : il en est dont la curation est complète, ou incomplète, facile, ou difficile à obtenir.

Une plaie simple est celle qui n'est accompagnée d'aucun accident primitif ou consécutif, qui ne présente d'autre indication curative que celle de maintenir dans un contact mutuel, pendant un certain temps, les parties récemment et nettement divisées, afin qu'elles puissent se réunir ou se cicatriser : réunion qui est absolument l'ouvrage de la nature. Cette solution de continuité est longitudinale, oblique, ou transversale ; profonde, ou superficielle. Telles sont les plaies dans lesquelles la peau, le tissu cellulaire et les muscles ont été divisés. C'est avec les doigts qu'on rapproche les lèvres d'une plaie susceptible d'une prompte réunion, et l'on maintient ces lèvres dans un contact mutuel par un bandage unissant, par l'application des emplâtres agglutinatifs, quelquefois par la suture entre-coupée, en mettant les parties dans une situation favorable au rapprochement, sur-tout dans la section transversale des muscles et des tendons. Les emplâtres agglutinatifs conviennent essentiellement dans les plaies superficielles, cutanées. Celles qui sont profondes et faites par incision exigent l'application du bandage naissant qui est différent, selon que la plaie est longitudinale ou transversale. C'est une règle généralement

suivie, de ne point faire des points de suture à une plaie, quand il est possible d'en maintenir les lèvres rapprochées par la situation donnée à la partie lésée, par l'application d'un bandage unissant et des emplâtres agglutinatifs. En effet, des points de suture causent toujours de la douleur, de l'inflammation, du gonflement, et déterminent dans les muscles divisés, une forte rétraction. Plus ces muscles coupés transversalement sont forts, plus il est difficile de les maintenir rapprochés par des points de suture qui n'agissent que sur les bords de leur division. Aussi a-t-on vu plusieurs fois les lèvres d'une plaie transversale et profonde déchirées ou coupées lentement et douloureusement par l'anse du fil qui les traversoit, lorsque l'action de la suture n'étoit point supérieure à la force rétractive des muscles (1). Du reste, c'est par la pratique journalière et par la lecture des ouvrages qui traitent spécialement des opérations chirurgicales, qu'on apprend quel doit être l'emploi raisonné des divers procédés par lesquels l'art procure la réunion des plaies simples.

La substance blanche interposée entre les bords d'une plaie réunie, prend le nom de

---

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 3, p. 408.

cicatrice. Le mécanisme par lequel cette cicatrice se forme est encore inconnu. La réunion ou cicatrisation d'une plaie se fait sans que les parties divisées suppurent ou après qu'elles ont suppuré : c'est ce que les anciens ont nommé guérir par première ou par seconde intention, et ce que les modernes ont surnommé adhérence par inflammation et adhérence par suppuration, ce qui n'éclaircit pas davantage la difficulté. Mais si des muscles épais divisés transversalement n'ont pu être mis en contact et ne se sont point réunis immédiatement, on croit avoir observé qu'il se forme entre leurs bords une espèce d'intersection cellulaire, tendineuse, qui les unit et qu'on a comparée à celle des muscles droits du bas-ventre.

Divers accidens peuvent compliquer une plaie et la rendre plus ou moins grave : les principaux sont l'hémorrhagie et le tétanos.

L'hémorrhagie est primitive ou consécutive : elle est primitive, lorsqu'au moment de la blessure le sang sort au-dehors, s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin, ou s'épanche dans une cavité naturelle, comme celle du ventre, de la poitrine : elle est consécutive, lorsqu'elle ne se manifeste que quelques jours après l'accident, comme dans les plaies d'armes à feu, après la chute de l'eschare, dans celles qui sont

contuses, après l'affaissement des parties et lorsque la suppuration commence à s'établir. L'art fournit quatre moyens pour arrêter l'hémorrhagie, qui est la suite d'une plaie. Ces moyens sont la compression, l'application des médicamens astringens, nommés *styptiques* par les Grecs, la ligature du vaisseau ouvert et la cautérisation de ce même vaisseau. La compression s'exerce latéralement ou directement. Elle est latérale, lorsqu'on la fait perpendiculairement à la longueur du vaisseau : elle est directe, lorsqu'on l'exerce sur l'embouchure même du vaisseau ouvert et parallèlement à son axe. La compression latérale se fait immédiatement ou médiatement. Elle est immédiate, quand elle agit sur l'artère qui est à nud; elle est médiate, quand elle est exercée sur la peau qui recouvre cette même artère. De quelque manière qu'on la fasse, c'est en aplatissant le vaisseau ouvert, en changeant sa forme cylindrique, en l'oblitèrant, qu'elle suspend l'effusion du sang, quelle que soit la direction de l'ouverture de l'artère qui peut avoir été incisée transversalement, obliquement ou longitudinalement. Ainsi la compression agit de même que la ligature. Il est quelques conditions essentielles à remplir pour que cette compression produise

l'effet désiré. L'artère doit avoir un point d'appui suffisant, afin que ses parois puissent être mises en contact. C'est sur elle-même, et non sur les parties molles environnantes, susceptibles de s'affaisser inutilement, que la compression doit être exercée, sans agir, autant qu'il est possible sur les vaisseaux collatéraux et sur les veines, afin que la circulation du sang continue de se faire et qu'on n'occasionne point des douleurs insupportables et même la gangrène. Tels sont les principes d'après lesquels J. L. Petit, l'un des chirurgiens les plus ingénieux de son siècle, a imaginé son tourniquet. Quoiqu'il soit utile que l'artère que l'on veut comprimer ait un point d'appui suffisant, il est néanmoins quelques exceptions à cette règle générale et principalement dans la lésion de l'artère cubitale ou radiale, près le poignet. Il n'est pas toujours possible d'arrêter par compression cette hémorrhagie, quoique le radius et le cubitus offrent dans cet endroit un point d'appui à l'artère ouverte. L'expérience nous a désabusés en pareille circonstance. Si le malade fait mouvoir son poignet, même involontairement, si la compression n'a pas été faite méthodiquement dans le moment de l'accident, s'il s'est fait une infiltration sanguine dans le

tissu cellulaire, si l'avant-bras est tuméfié, la compression devient insuffisante, des hémorrhagies se succèdent, la maladie se prolonge, et l'on reconnoît enfin la nécessité d'agrandir la plaie par une incision longitudinale, de découvrir l'artère et d'arrêter l'effusion du sang par la ligature. Dans une semblable plaie transversale l'extrêmité supérieure de l'artère coupée totalement se rétracte et reste cachée dans les chairs. Plusieurs observations nous ont prouvé la nécessité de recourir en pareil cas à la ligature, après avoir fait, pendant quelques jours, des compressions insuffisantes autour du poignet. C'est d'ailleurs une vérité incontestable, qu'on ne réussit presque jamais à arrêter une hémorrhagie en comprimant les tégumens qui recouvrent l'artère ouverte.

La compression directe ne s'exerçant que sur l'orifice des vaisseaux coupés transversalement dans toute leur épaisseur, offre moins d'avantage que celle qui est latérale : elle ne peut être employée que dans quelques cas particuliers, comme dans les plaies qui ont une large surface et lorsque les vaisseaux, quoique multipliés, sont d'un très-petit diamètre. Lorsqu'une hémorrhagie est considérable et que la plaie est profonde, sinueuse, oblique,

ayant une ouverture trop étroite pour qu'on puisse distinguer le lieu précis d'où le sang s'écoule, c'est un précepte formel d'agrandir cette plaie des tégumens par une incision suffisante, afin de mettre à découvert le vaisseau artériel, de le lier, ou de le comprimer immédiatement. Un homme reçoit au poignet un coup d'épée étroite qui ouvre l'artère radiale. L'hémorrhagie est considérable : on ne peut l'arrêter par la compression, malgré le point d'appui que fournit le radius. Elle se renouvelle, et subsiste pendant plusieurs jours. Comme on ignoroit le lieu précis de l'ouverture du vaisseau, on fut obligé, pour le découvrir, de faire, dans la direction de la plaie, une incision des tégumens, afin de lier ensuite l'artère (1).

Quand l'ouverture de l'artère est à une distance éloignée de la lésion extérieure et apparente, le membre se tuméfie par l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire, des hémorrhagies successives se renouvellent, la plaie des tégumens, quoique petite, ne se cicatrise point ; le malade a des syncopes fréquentes occasionnées par la perte du sang, et malgré la tuméfaction du membre, on y distingue des

(1) Hévin, Pathologie chirurg. p. 496.

pulsations foibles et obscures. La compression médiate n'est point un secours assuré contre un pareil accident. Elle seroit même nuisible, en déterminant par sa durée une gangrène dans toute l'étendue du membre. Elle ne s'oppose point efficacement à des hémorrhagies réitérées qui peuvent faire périr le malade. Il y a donc nécessité d'inciser les tégumens, de découvrir le lieu précis où l'artère est ouverte, et de la lier, s'il est possible, au-dessus de son ouverture.

Il n'est pas toujours facile de reconnoître dans une plaie oblique et profonde le lieu précis de l'ouverture de l'artère : aussi ce genre de lésion a-t-il été souvent mortel (1). Un jeune homme âgé de vingt-cinq ans reçut à la partie moyenne et supérieure du bras un coup de couteau vers le bord externe du muscle biceps. L'artère brachiale fut ouverte. Des hémorrhagies considérables, et qui reparurent à diverses reprises, l'excessive tuméfaction du membre avec ecchymose, ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. Malgré la grandeur d'une incision faite sur le trajet de l'artère, depuis le tendon du muscle

---

(1) La Motte, Obs. de Chirurgie, tom. 3, p. 228, Obs. 271.

pectoral jusque vers le tiers inférieur du bras et l'évacuation de tous les caillots de sang, on ne put reconnoître l'endroit précis où l'artère étoit ouverte. Le malade mourut de foiblesse le dixième jour de sa blessure. L'ouverture du cadavre fit voir que l'artère brachiale avoit été ouverte à sa partie postérieure, externe, dans une étendue de deux lignes, suivant sa longueur, vis-à-vis le bord inférieur du tendon du grand pectoral, audessus de la naissance des artères profondes, supérieures (1). Une autre difficulté dans le diagnostic, dépend de l'illusion qu'on peut se faire, en attribuant à la lésion du tronc artériel des accidens qui résultent seulement de l'ouverture de l'une de ses branches. Les symptômes primitifs sont les mêmes, sans être ni aussi graves, ni aussi pressans. La maladie se prolonge et donne du délai. Il y auroit alors plus que de l'imprudence à faire une incision profonde pour lier une artère qui n'est point ouverte, tandis que la maladie est susceptible de guérir peu à peu par des procédés beaucoup plus simples. Un jeune homme reçut un coup d'épée à la partie supérieure et un peu

(1) Observations sur la ligature des artères, par M. Deschamps, p. 11.

interne du bras avec hémorrhagie considérable et tuméfactiou depuis l'aisselle jusqu'au poignet. Malgré l'intensité de ces accidens, il fut guéri par le repos, par la diète et par l'application de topiques résolutifs, malgré l'opinion de très-habiles gens qui croyoient l'amputation nécessaire, dans la supposition que l'artère brachiale étoit ouverte dans sa partie supérieure (1). Un soldat reçut un coup d'épée à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche. On crut que l'artère crurale étoit ouverte, parce que malgré l'application du tourniquet et une compression faite dans l'endroit de la plaie, on ne put se rendre maître du sang. La cuisse étoit fort tuméfiée dans sa partie inférieure, ainsi que la jambe où il y avoit déjà des phlyctaines, environ trente heures après la blessure reçue. On amputa sur le champ la cuisse, et l'on trouva, en la disséquant, que le tronc de l'artère crurale étoit dans son intégrité. Ce n'étoit qu'une branche de cette artère qui avoit été ouverte, et l'on conçut trop tard la possibilité de la lier et de conserver l'intégrité du membre (2).

La lésion d'une artère considérable, qu'on

(1) Le Dran, Obs. 50, tom. 1, p. 350.

(2) Hévin, Pathologie, p. 496.

ne peut comprimer assez long-temps pour l'oblitérer, ou dont on ne peut faire la ligature, telle que la carotide, l'axillaire, la fémorale au pli de l'aîne, produit une mort qui est ordinairement prompte par la violence de l'hémorrhagie. On lit dans les Commentaires de Van-Swieten (1), qu'un homme fut blessé d'un coup de couteau à l'aisselle, avec lésion de l'artère axillaire. L'hémorrhagie fut considérable, le malade tomba en syncope; mais rappelé à la vie lentement, vingt-quatre heures après sa blessure, il fut, dit-on, guéri. Son bras resta paralysé et dans un état d'amaigrissement. Ce récit ne prouve nullement que l'artère axillaire ait été ouverte. L'hémorrhagie qui résulte de la lésion d'une artère aussi grosse n'est point de nature à s'arrêter par la seule foiblesse du malade : elle le tue s'il n'est point secouru dans l'instant même de la blessure. On verra dans l'observation suivante tous les accidens qui résultent de la lésion de cette artère.

Le 10 mars 1783, vers les neuf heures du soir, un homme âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament naturellement foible et délicat, reçut un coup d'épée à la partie antérieure de

(1) Comment. in aphorism. 161.

l'aisselle droite, précisément au-dessous du bord inférieur du tendon du grand pectoral. L'épée passa sous la jointure de l'épaule et sortit entre le col de l'humérus et celui de l'omoplate, vers la côte inférieure de ce dernier os. Cette épée avoit environ un pouce de largeur : elle avoit suivi une ligne transversale, relativement à la direction de l'artère. L'hémorrhagie fut considérable, et le malade éprouva une si grande syncope, qu'on le crut mort. La respiration subsistant encore, on agrandit la plaie supérieurement et inférieurement, et l'on reconnut visiblement que l'artère axillaire étoit ouverte. On essaya d'en faire la ligature immédiate avec une aiguille courbe et du fil ciré. Cette opération n'ayant point réussi, on embrassa l'artère dans une ligature passée à travers la peau et une partie des muscles, tandis qu'on exerçoit une forte compression au-dessus de la clavicule, afin de s'opposer à l'hémorrhagie. Elle fut arrêtée. Le malade revint peu à peu à lui-même, à l'aide de quelques cordiaux. Le bras resta froid, sans mouvement, sans pulsation artérielle au poignet. De nouvelles syncopes, des foiblesses d'estomac, des hoquets, des vomissemens, survinrent pendant la nuit. Le lendemain il y eut une nouvelle hémorrhagie qu'on

arrêta

arrêta en serrant les ligatures et en faisant une compression au-dessus de la clavicule. Les foiblesses continuèrent : le bras devint froid, insensible, sans mouvement, sans pulsation au poignet. Ce fut alors qu'on proposa de l'amputer dans son articulation avec l'omoplate ; mais l'excessive foiblesse du malade parut une contre-indication à cette opération. Les mêmes accidens persévérèrent pendant les jours suivans. Le bras se tuméfia, et il sortit de la plaie un fluide sanguinolent et ichoreux. Les faiblesses, les hoquets, les vomissemens subsistant toujours, le malade mourut quatre jours après avoir été blessé. A l'examen du cadavre, on trouva l'épaule et le bras gangrénés. La poitrine ayant été ouverte, on injecta l'artère souclavière, et la matière injectée s'écoula aussi-tôt par la plaie de l'aisselle. Les parties disséquées firent voir que l'artère axillaire avoit été totalement divisée au-dessous du rameau de l'artère circonflexe antérieure qui embrasse le contour de l'extrémité supérieure de l'humérus. Un des nerfs qui forment le plexus cervico-brachial étoit totalement coupé : un autre de ces nerfs l'étoit presque entièrement. L'artère axillaire et trois de ces nerfs avoient été embrassés dans la ligature. La veine du même nom, ouverte par l'épée,

n'y avoit pas été comprise. M. White, membre de la Société royale de Londres, auteur de cette observation (1), pense qu'il seroit possible de remédier à un accident aussi grave, en liant l'artère axillaire ouverte. Nous prenons la liberté de n'être point de son avis, et nous croyons que l'amputation du bras dans son articulation avec l'omoplate, est le seul moyen efficace d'arrêter l'hémorrhagie et de sauver la vie du malade, lorsque l'état de foiblesse extrême dans lequel il est possible qu'il soit, ne contre-indique pas absolument cette opération. Nous croyons de plus, d'après des observations qui nous sont propres, et qu'il seroit superflu de rapporter ici, qu'elle est encore le seul moyen curatif à opposer à un anévrisme par dilatation de l'artère axillaire.

Les médicamens styptiques, ou astringens, tels que l'eau froide, l'eau alumineuse, l'eau de Rabel, appliqués sur l'orifice de plusieurs petits vaisseaux divisés, y déterminent une constriction qui peut arrêter une hémorrhagie légère. Mais c'est en général un foible secours, parce que si l'effusion du sang est peu considérable, elle s'arrête par la compression que fait l'appareil appliqué méthodiquement : si

(1) London Medical journal, tom. 4, 1783, p. 159.

au contraire elle est fournie par un vaisseau un peu gros, les astringens deviennent insuffisans, la crispation momentanée qu'ils produisent n'étant pas assez forte pour s'opposer dans cette circonstance à l'hémorrhagie. Les absorbans, tels que la charpie, l'agaric de chêne, l'éponge fine et sèche, le nid de fourmis de Cayenne, la poudre de lycopodium, &c. sont des substances molles qui par leur application s'imbibent de la partie séreuse du sang et forment avec elle un corps plus ou moins dur. L'expérience a prouvé que dans une hémorrhagie légère le sang s'arrête plutôt par la compression que l'appareil exerce, que par l'application de ces substances absorbantes.

La cautérisation faite avec un fer rougi au feu, est d'un secours efficace dans quelques circonstances particulières qui ne permettent d'employer ni la ligature, ni la compression. Ainsi, dans les ulcères fungueux, scorbutiques, variqueux, dont les chairs molles n'offrent point de résistance, et dont la compression seroit trop douloureuse, le cautère actuel a le double avantage de réprimer ces chairs protubérantes et d'arrêter l'effusion du sang. Il seroit également utile contre l'hémorrhagie qui résulteroit de la section d'une multitude de petits vaisseaux, après l'excision d'une

tumeur fungueuse, sanguine, située, par exemple, à la partie antérieure du col, où la compression et la ligature ne peuvent être employées. De même, lorsque l'une des artères ranines a été ouverte dans la section du filet, l'application d'un stylet rougi au feu est le moyen le plus prompt et le plus sûr pour arrêter cette hémorragie. Si l'on en excepte quelques cas particuliers, le cautère actuel ne doit point être employé pour arrêter le sang qui sort d'une artère ouverte : il produit à l'instant de son application une escharre qui tombe ordinairement au bout de huit à dix jours. L'hémorrhagie se renouvelle alors et devient d'autant plus grave, qu'il y a perte de substance dans la partie cautérisée et rétraction profonde du vaisseau qu'on ne peut plus cautériser une seconde fois, ni lier, ni comprimer.

Le tétanos est une convulsion de la plupart des muscles qui sont dans un état de rigidité uniforme et permanente (1). Cette affection spasmodique est plus fréquente dans les pays

---

(1) *Tetanos, rigor, sive distentio, est æqualis et perpetua totius corporis convulsio.* Telle est la définition que tous les médecins grecs, depuis Hippocrate jusqu'à Paul d'Égine inclusivement, ont donnée du tétanos.

chauds que dans les pays froids. On l'a cependant observée dans tous les climats, dans toutes les saisons et chez tous les peuples. Elle est souvent le résultat d'une lésion extérieure faite à des parties nerveuses, d'une irritation locale, comme on le voit dans l'exemple suivant pris du cinquième livre des Epidémies d'Hippocrate. Un homme fut frappé par un dard à la partie postérieure du col, un peu au-dessous de l'occipital. La plaie avoit peu de profondeur et sembloit ne pas devoir mériter une grande attention. Presque aussi-tôt qu'on eut retiré le dard, cet homme eut des convulsions, et son corps se ploya en arrière : ses mâchoires se serrèrent l'une contre l'autre, il rendit par les narines les boissons qu'on essaya de lui faire avaler : ces accidens augmentèrent, et il mourut le second jour de sa blessure.

Le tétanos partiel est borné à quelques-uns des muscles de la face, de la mâchoire inférieure, du col. Celui qui est général, affecte simultanément tous les muscles, ceux du tronc, des extrémités, qu'il tient dans un état de roideur et d'immobilité. Cette maladie grave et souvent mortelle se développe subitement ou lentement. Elle est aiguë ou chronique ; primitive ou consécutive. Des observations

nombreuses prouvent que le tétanos survient dans l'instant de la blessure, huit ou dix jours après l'avoir reçue, quelquefois lorsque la plaie est en voie de guérison ou récemment cicatrisée. Le tétanos partiel est ordinairement l'annonce du tétanos universel. Si le corps est courbé en devant, c'est l'emprosthotonos des Grecs : s'il est courbé en arrière, c'est l'opisthotonos. Il survient d'abord un tremblement, un frisson dans tout le corps, avec sentiment de constriction au gosier, serrement des mâchoires, soubresaut dans les tendons, contraction involontaire des muscles et roideur de tout le corps. L'abdomen est tendu, aplati, des douleurs très-vives se font sentir sur tout le long de la colonne épinière. Le malade a des nausées, des envies de vomir, rejette par les narines la boisson qu'on veut lui faire prendre, ne peut l'avaler, éprouve des secousses convulsives qui se renouvellent au moindre effort, a de l'insomnie, une constipation opiniâtre, et meurt. Ces accidens sont plus ou moins intenses et plus ou moins longs. Chez les uns, le pouls est plein et dur ; chez d'autres, il est petit, précipité, irrégulier.

Les causes ordinaires du tétanos sont la contusion, la piqûre, la ligature d'un nerf,

les fractures avec écrasement ou compliquées de luxation, les plaies faites par morsure, par armes à feu, celles des articulations par ginglime avec déchirement des tendons, des ligamens, une piqûre un peu profonde à la plante du pied, l'exposition d'une grande plaie avec perte de substance à un courant d'air froid et humide chez les soldats qui, blessés dans les armées, restent long-temps couchés sur le champ de bataille ; la forte constriction du cordon spermatique dans l'opération de la castration, les passions vives et tristes de l'ame, la suppression subite de la transpiration, de la suppuration d'une grande plaie.

Le traitement du tétanos qui résulte d'une lésion extérieure, consiste à administrer intérieurement et extérieurement des remèdes calmans, narcotiques, tels que l'opium et ses diverses préparations, les bains tièdes dans lesquels on fait rester le malade le plus long-temps qu'il est possible, l'immersion de la partie lésée dans une décoction émolliente. Si la plaie est douloureuse, enflammée, tuméfiée, on la recouvre d'un cataplasme émollient et de compresses trempées dans une décoction d'opium. Lorsque la suppuration est totalement supprimée, quelques praticiens recouvrent la plaie avec un emplâtre vésica-

toire, ou mêlent dans le digestif un peu de poudre de cantharides pour rappeler la sécrétion du pus. L'opium doit être donné plusieurs fois le jour à une dose assez forte, soit seul, soit mêlé avec le musc. Il est nécessaire de maintenir, dès l'invasion de cette maladie, la bouche entr'ouverte avec un bouchon de liége, un morceau de bois interposé entre les dents, pour le passage des boissons. Et comme il est prouvé par l'expérience que des sueurs abondantes survenues spontanément ont souvent opéré une crise salutaire, on a saisi cette indication curative en tenant le malade très-chaudement dans son lit, et en lui faisant prendre plusieurs fois le jour, comme remède sudorifique, quelques gouttes d'alkali volatil dans un verre de tisane. On a même donné avec succès jusqu'à un gros d'alkali volatil par jour, en plusieurs prises. Les auteurs les plus anciens n'ont point ignoré combien des sueurs profuses sont salutaires en pareille circonstance, sur-tout lorsqu'elles se font naturellement. Ils tâchoient de les provoquer en faisant prendre aux malades des bains d'huile tiède ; ils appliquoient des vessies pleines de lait autour du col et des mâchoires, faisoient des embrocations huileuses sur les parties souffrantes, et recommandoient sur-tout que

la chambre du malade fût bien chaude (1).

Indépendamment de ce traitement général, il en est un autre qui est local et non moins nécessaire. Il consiste à agrandir par incision la plaie lorsqu'elle est trop étroite, contuse, excessivement tuméfiée, à couper nettement ce qui a été déchiré, à extraire une esquille d'os, un corps étranger, en un mot, à mettre, pour nous servir de l'expression des praticiens, les parties à l'aise, en les débridant dès l'instant même de la blessure, afin d'opérer, par ces incisions salutaires et antispasmodiques, un dégorgement local, et convertir, autant qu'il est possible, une plaie contuse et très-compliquée en une plaie simple.

Il n'est point de maladie dont l'étiologie soit plus obscure que celle des convulsions. L'ouverture des cadavres n'apprend rien, lors même que la cause matérielle de cette affection spasmodique est connue, et souvent elle ne l'est point. Un malade, par exemple, dont la plaie est en voie de guérison, ou presque guérie, est attaqué tardivement du tétanos,

---

(1) Cavendum vero et præcipue frigus : ideoque in eo conclavi, quo curatur æger, ignis continuus esse debet, maximeque tempore antelucano quo præcipue frigus intenditur. Cornel. Celsus, lib. 4, cap. 3.

au lieu d'éprouver cet accident dès les premiers jours de sa blessure. Nous avons fait plusieurs fois cette observation, et particulièrement sur une petite fille âgée de huit ans. Elle eut au bras droit une fracture avec écrasement, et fut prise du tétanos vingt-cinq jours après l'amputation faite, lorsque la plaie, qui devint douloureuse et rouge, étoit presque entièrement cicatrisée. Les convulsions furent si violentes, que cet enfant mourut en trois jours de temps. Cette maladie commence par un sentiment de constriction au gosier, avec un peu de rougeur, difficulté d'avaler et diminution d'appétit. On ignore pourquoi le pharynx est la partie primitivement affectée dans le tétanos, dans l'hydrophobie commençante, dans les suffocations hystériques, dans la plupart des affections spasmodiques, quoique la cause de la maladie soit au pied, à la main, au cordon spermatique, ou dans toute autre partie du corps. Après la cessation du tétanos, l'action musculaire se rétablit, s'exerce librement sans douleur, chez la plupart des malades; chez d'autres, le tétanos est suivi d'atonie, de paralysie ou de rigidité dans la partie affectée. Nous avons sous les yeux une femme qui depuis vingt ans a le poignet droit invariablement fléchi, avec roideur,

immobilité, sans pouvoir l'étendre, par suite de convulsions dans son enfance.

XCII.

CONTUSIONS : PLAIES D'ARMES A FEU.

Un corps dur, obtus, lancé avec plus ou moins de force contre une partie de notre corps, sans entamer la peau, produit un genre de lésion nommé *meurtrissure* ou *contusion*. Si la peau a été divisée par le corps choquant, il en résulte une plaie contuse. Dans le premier cas, les vaisseaux sanguins, cutanés, sont rompus, déchirés, l'action naturelle de la partie est affoiblie, le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire, s'y accumule, forme à la surface de la peau une tumeur noirâtre, violette, douloureuse, qui devient successivement jaunâtre, jusqu'à ce que par des nuances insensibles et par l'effet de l'absorption, les tégumens reprennent leur couleur naturelle. Dans le second cas, la plaie ne peut guérir qu'en suppurant. Les accidens qui résultent d'une contusion diffèrent nécessairement les uns des autres, en raison de la force de percussion et de la nature de la partie lésée. Les princi-

paux sont la douleur, la tuméfaction, l'inflammation, la formation d'un abcès, la gangrène. Le sang infiltré dans le tissu cellulaire s'y accumule quelquefois en assez grande quantité, pour qu'il soit nécessaire d'inciser les tégumens, afin de lui donner issue. Si des muscles très-épais, comme ceux des lombes, des fesses, ont été fortement contus, écrasés, quoique les tégumens qui les recouvrent soient entiers, la partie contuse se tuméfie, se ramollit dans son centre, se gangrène, et donne quand on la touche, un sentiment de fluctuation sourde et profonde. En incisant la tumeur, il s'écoule un fluide rougeâtre, épais, qu'on a comparé à de la lie de vin et qui est le produit du débris de ces muscles écrasés. Un homme est frappé à coups redoublés sur les épaules, le dos et les lombes. La douleur devient excessive : il se forme un emphysème gangréneux qui fait périr ce malade dans l'espace de trois à quatre jours. Les effets d'une contusion ne sont pas toujours bornés à la partie frappée. Quelquefois le choc s'étend, se transmet à des parties dures ou molles, plus ou moins éloignées, et dans son trajet il produit sur elles des désordres aussi grands que si elles eussent été soumises à son action im-

médiate. C'est ce que l'on nomme un contre-coup. Des accidens très-graves et très-variés en sont souvent la suite. On peut aisément s'en convaincre par la lecture d'une très-bonne Dissertation, couronnée en 1771 par l'Académie de Chirurgie, sur les effets des contre-coups dans les différentes parties du corps. Ne pouvant embrasser tous les détails que présente ce genre de maladie, nous nous bornerons à rapporter quelques observations propres à faire connoître les divers accidens qui peuvent résulter des contusions et des contrecoups.

Un homme âgé de trente-cinq ans reçut au ventre un coup de pied de cheval. Aussi-tôt il eut de très-vives douleurs et des vomissemens. Il se joignit à ces accidens un sentiment de pesanteur vers la partie inférieure du ventre, avec grande difficulté de respirer. Après la mort, on ne vit dans les muscles du bas-ventre, à l'endroit frappé, aucune apparence de contusion. La cavité abdominale contenoit une grande quantité de sang d'une odeur fétide. Les vaisseaux sanguins de l'épiploon avoient été rompus; l'iléon étoit transversalement et totalement déchiré; les poumons étoient enflammés, et le ventricule droit du cœur conte-

noit une concrétion polypeuse d'un volume considérable (1).

Un ouvrier âgé d'environ trente-six ans tomba d'un édifice très-élevé sur du fumier. Il resta sans connoissance. On n'apperçut aucune lésion extérieure ; le ventre se tuméfia et devint tendu ; le pouls étoit si foible, qu'on avoit de la peine à le sentir. Cet homme mourut dans l'espace de douze heures. Il y avoit dans le bas-ventre beaucoup de sang épanché, qui produisoit la tuméfaction de cette partie. Quelques-unes des membranes de cette cavité étoient parsemées d'ecchymoses. On ne put découvrir quel étoit le vaisseau qui avoit fourni la matière de l'épanchement : on conjectura que c'étoit un des rameaux de la veine-cave, laquelle étoit absolument vide (2).

Un homme tombe par terre, et le cheval qui l'avoit renversé lui donne un coup de pied sur la poitrine. On ne découvrit à l'extérieur aucune apparence de lésion. Cependant il survint une grande difficulté de respirer, que les saignées et les remèdes appropriés ne purent calmer. Cet homme mourut au bout de quinze

---

(1) Morgagni, de sedib. et caus. morb. Epistol. 54, art. 14.

(2) Ibid. art. 18.

jours. On ne trouva aucune fracture aux côtes ; mais il y avoit entre elles et la plèvre une tumeur assez volumineuse formée par un fluide sanguinolent et putride, avec affection morbifique à la partie du poumon correspondante à cet épanchement (1).

Des anévrismes, des ruptures de vaisseaux, des épanchemens de sang, ont été souvent produits par des compressions, des chutes, des contusions.

Une dame qui étoit enceinte tomba sur le ventre, et accoucha peu de temps après cette chute. Il parut dans la partie droite du bas-ventre une tumeur que l'on prit d'abord pour un second fœtus ; on reconnut ensuite qu'elle étoit enkystée, et l'on ne jugea point convenable d'y faire la ponction : cette dame mourut quarante jours après être accouchée. On trouva que cette tumeur, qui contenoit environ vingt-cinq livres d'un fluide sanguinolent, avoit son siége dans l'ovaire gauche qui s'étoit jeté à droite (2).

Un jeune homme reçut à la partie antérieure et inférieure du bas-ventre un coup

(1) Morgagni, de sedib. et caus. morb. espistol. 53, art. 32.

(2) Targioni Tozzetti, Raccolta di osservazioni mediche, p. 44.

assez violent, qu'un mouton lui donna avec sa tête. Des bains, des saignées, des fomentations émollientes, calmèrent, mais ne firent point cesser les douleurs de la vessie. L'urine, mêlée d'une très-grande quantité de glaires, ne sortoit qu'avec difficulté. Des injections détersives ne purent guérir cette affection catarrhale de la vessie, qui devint chronique. Six mois après son accident, ce jeune homme étoit encore obligé de se sonder pour uriner et pour nettoyer sa vessie avec une injection.

Les contusions des articulations entraînent presque toujours après elles des accidens extrêmement graves, lorsque le mal a été négligé dans son principe. Il n'est point rare de voir des abcès, des caries, des luxations complètes ou incomplètes, se former à la suite des fortes contusions du genou, de la cuisse et du poignet. Lorsque la résolution n'a pu se faire, l'amputation du membre a été quelquefois la seule ressource contre la carie produite par une maladie aussi grave. Le mémoire de M. Sabatier (1) contient plusieurs observations utiles qui font voir le danger des chutes sur le grand trochanter. L'observation sui-

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 5, p. 791.

vante prouvera qu'une luxation incomplète du tibia peut être le résultat d'une ancienne contusion du genou.

Un jeune homme âgé de vingt-cinq à vingt-six ans, tomba sur le genou droit si rudement, qu'il en résulta, dans toute la surface de cette articulation, un gonflement douloureux qui obligea ce malade de garder le lit pendant deux années. Cependant il ne se fit point d'abcès, et à l'aide des cataplasmes émolliens et du repos, ce jeune homme fut guéri en conservant une luxation incomplète et en arrière du tibia. Voici ce que nous avons observé. Il se tient assez droit sur ses deux jambes, n'inclinant dans cette attitude son corps, ni sur l'une, ni sur l'autre. Il appuie également la plante des deux pieds à terre et ne boite point en marchant, quoique la jambe droite, siége du mal, soit raccourcie d'environ deux pouces. Cette même extrémité est plus grèle et plus maigre que celle du côté sain, et le mollet est aussi moins volumineux. Ce jeune homme tourne à volonté la pointe du pied en dedans et en dehors, comme dans l'état naturel. Il fléchit et il étend la jambe malade, sans pouvoir néanmoins la fléchir autant que celle du côté sain. Ainsi il n'y a point d'ankylose. Il fait une lieue à pied sans

s'incommoder, mais s'il parcourt un plus long espace, son genou se gonfle, et il est obligé de garder le lit pendant huit à dix jours. Les condyles du fémur font en devant une saillie considérable au-dessous de laquelle est un enfoncement formé par le déplacement du tibia en arrière. La rotule est mobile, mais plus basse que dans l'état naturel.

La contusion des vertèbres et ordinairement de celles du dos et des lombes, l'ébranlement communiqué à la moelle épinière par une chute sur les pieds, sur les fesses ou les lombes, forment encore une maladie très-grave, et souvent mortelle. Les accidens qui l'accompagnent sont les suivans : impossibilité absolue de se mouvoir, quoiqu'il n'y ait ni plaie ni lésion apparente extérieurement, douleurs excessives, paralysie très-prompte des extrémités inférieures, rétention ou sortie involontaire de l'urine et des matières stercorales, infiltration sanguine dans l'épaisseur des muscles des lombes, gangrène à la peau qui recouvre l'os sacrum et les tubérosités sciatiques, paralysie subsistante après la disparition des premiers accidens. Cette maladie se termine de différentes manières, à raison de son intensité plus ou moins grande. Quelques malades guérissent avec une gibbo-

sité, une ankylose ou soudure du corps et des apophyses épineuses de plusieurs vertèbres, ce qui s'oppose absolument à l'extension de l'épine. D'autres sont attaqués d'une carie consécutive au corps d'une ou de plusieurs vertèbres. Plusieurs meurent des suites d'une commotion générale, de gangrène. Ceux qui, soignés méthodiquement, ont le bonheur de survivre à ces accidens graves, ne recouvrent la faculté de marcher qu'après avoir gardé le lit pendant plusieurs mois.

Les saignées multipliées, la diète la plus sévère, l'introduction de la sonde dans la vessie quand il y a rétention d'urine, l'application des topiques résolutifs, le plus grand repos de la part du malade, l'attention de lui faire changer de situation autant qu'il est possible, afin d'éviter la gangrène, sont les secours principaux que l'on doit d'abord administrer. Dans la suite, on remédie à la foiblesse subsistante des extrémités inférieures par des bains d'eaux thermales, en usant du marc de vendanges, par un vésicatoire appliqué sur les lombes pendant trente heures. Lorsque tout le corps a été meurtri, sans fracture, sans que la moelle épinière ait souffert une trop forte commotion, c'est un usage dans quelques-uns des hôpitaux de

Paris d'envelopper le corps du malade, aussi-tôt après son accident, dans la peau toute chaude d'un mouton récemment écorché : pratique fort ancienne, recommandée dans les écrits d'Aetius (1) et de Paul d'Egine (2) contre les douleurs de la flagellation.

Une botte de foin tomba de la hauteur de quinze à seize pieds sur la partie postérieure du col d'un homme qui avoit la tête penchée en devant. Il perdit aussi-tôt la parole et la connoissance. Sa tête resta inclinée en devant et un peu à gauche, la bouche entr'ouverte, la mâchoire inférieure immobile et les extrémités supérieures en convulsion. Il eût une forte syncope, et mourut dans l'espace de cinq à six heures. Il n'y avoit à la partie postérieure du col qu'une légère ecchymose, mais l'artère et la veine vertébrales droites étoient rompues. Les condyles de l'occipital étoient désunis et écartés d'environ trois à quatre lignes des apophyses de la première vertèbre du col.

---

(1) Pellem ovillam recens detractam et adhuc calentem flagellatis circumda, omninoque intra unius diei ac noctis spatium sanabit. Aetius, Tetrabibl. 4, serm. 2, cap. 65, p. 808.

(2) Lib. 4, cap. 16.

Un homme de quarante ans tomba par la fenêtre d'un troisième étage dans la rue. On le trouva sans connoissance, qui lui revint cependant après une ample saignée. Porté à l'Hôpital de la Charité, on lui vit au dos des contusions avec ecchymose depuis les dernières vertèbres jusqu'au bas de l'os sacrum et sur les muscles fessiers. Il fut près de quarante heures sans pouls, se plaignant d'une grande pesanteur de tête, engourdissement au col et dans les extrémités inférieures, ayant des nausées, urinant et respirant difficilement. La fièvre survint et dura pendant six jours. Les secours convenables furent administrés, tous les accidens disparurent peu à peu, et ce malade sortit de l'hôpital guéri fort heureusement (1).

Un homme âgé de trente-six ans et d'un très-bon tempérament, tombe de la hauteur d'un troisième étage sur des pièces de bois qui étoient à terre. A l'instant il perd la connoissance, le sentiment et le mouvement. Il vomit et a une hémorrhagie par le nez. Les extrémités inférieures sont paralysées. On saigna cet homme trois fois avec apparence de suc-

---

(1) Morand, Opuscules de Chirurgie, 2e partie, p. 186.

cès. En examinant l'endroit qui avoit été contus et qui répondoit aux apophyses épineuses de la dernière vertèbre dorsale et des premières lombaires; on vit une tumeur avec écartement entre ces apophyses qui ne parurent cependant pas être fracturées. Le plus léger attouchement excitoit des douleurs très-vives et faisoit perdre connoissance à ce malade. On introduisit une sonde dans la vessie, pour remédier à la rétention d'urine, et l'on provoqua les évacuations alvines qui ne se faisoient point, en mettant dans les boissons de très-petites doses d'émétique. Au bout de six semaines, la rétention d'urine cessa. La tumeur du dos diminua et devint moins douloureuse. Enfin quatre mois après l'accident, ce malade sentit dans ses jambes et dans ses cuisses un peu d'engourdissement et put faire de très-légers mouvemens. Il eut le bonheur de guérir, mais il conserva une tumeur dure, osseuse, qui ne s'est jamais effacée et qui unit comme par soudure, l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale avec la première des lombes.

Un enfant de quatorze ans fut renversé en arrière et tomba sur le bord d'une chaise qui le frappa entre les épaules. Il éprouva d'abord une douleur qui sembloit traverser sa poi-

trine, et il devint paralytique des extrémités inférieures. Ses urines couloient involontairement. Il eut ensuite, indépendamment de quelques douleurs de tête, de la difficulté à mouvoir ses bras. Pendant trois mois que dura cette maladie, on employa inutilement divers remèdes internes et externes. Il se forma entre les épaules, sur la partie latérale des vertèbres, deux tumeurs molles et peu douloureuses. Cet enfant mourut trois mois après sa chute. A l'examen du cadavre, on trouva les viscères du ventre, de la poitrine, le cerveau et le cervelet parfaitement sains. Le crâne étant scié et enlevé, il s'écoula une grande quantité d'eau sanguinolente. L'épine examinée dans sa partie antérieure étoit sans aucune apparence morbifique, sans distorsion, dans toute sa longueur. Il sortit du canal vertébral une grande quantité de sérosité sanguinolente par le grand trou de l'occipital. Les tumeurs situées sous les muscles de l'épine, à côté des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, étoient molles et de nature lymphatique. Elles paroissoient communiquer avec l'intérieur du canal vertébral, dans l'intervalle qui se trouve entre les apophyses épineuses et les transverses. La moelle épinière étoit parfaitement saine : mais

la portion de la dure-mère qui l'enveloppe étoit recouverte d'une semblable substance molle, pulpeuse et lymphatique (1).

La contusion portée au plus haut degré est un des caractères distinctifs des plaies faites par armes à feu, et ce genre de lésion peut être considéré sous quatre aspects différens. 1°. La partie qui a été frappée est plus ou moins contuse; mais les tégumens n'ont pas été emportés. 2°. Une balle de fusil, en perçant les tégumens, s'arrête dans les chairs et ne produit qu'une ouverture qui n'a point d'issue. 3°. Cette même balle traverse un membre de part en part et fait deux ouvertures, l'une ordinairement plus étroite, fortement contuse et affaissée; c'est l'entrée de la balle : l'autre, un peu plus large et dont les bords relevés sont renversés en dehors; c'en est la sortie. 4°. Enfin une partie du corps, ou un membre entier, peuvent avoir été emportés par le choc d'un boulet de canon. Dans toutes ces sortes de plaies, la partie qui a été

---

(1) Medical Observations and inquiries, by a society of Physicians in London, tom. 3, art. 17, p. 160. — *Voyez* aussi dans le même volume, p. 257, l'Observation de M. Maty sur une paralysie qui a subsisté pendant trois ans et demi, et qui s'est terminée par la mort, après une percussion légère en apparence.

frappée est contuse, son action est détruite, l'ébranlement qu'elle a souffert se transmet plus ou moins loin, souvent à toute l'habitude du corps. Les fibres charnues, les vaisseaux sanguins, les nerfs, sont écrasés, meurtris, dilacérés. Ainsi la stupeur, l'insensibilité, l'hémorrhagie, la gangrène, le tétanos, la formation d'abcès produits par la présence du corps étranger, sont autant d'accidens primitifs et consécutifs qui peuvent compliquer ce genre de lésion. C'est essentiellement dans les blessures par le canon que se forment ces dépôts énormes de sang cachés sous la peau qui n'a point été entamée. Ces tumeurs par écrasement des parties sont rarement susceptibles de résolution : elles se terminent par gangrène, et doivent être ouvertes sans délai, afin de donner issue aux fluides épanchés (1). Le trajet d'une plaie faite par une balle de fusil qui a pénétré dans les chairs est inégal, insensible, recouvert d'une escharre qui doit se ramollir, se détacher par une suppuration salutaire : la partie est plus ou moins tuméfiée. Il y a donc nécessité d'agrandir par incision cette plaie, lorsqu'elle est profonde, compliquée d'hémorrhagie, de fracas d'os, de

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 4, p. 19.

corps étrangers qu'il faut extraire. Si elle est superficielle, ou avec perte de substance, si l'entrée et la sortie de la balle ne sont séparées que par un petit espace, les incisions sont inutiles. C'est dans le premier moment de la blessure qu'on doit les faire plus ou moins grandes, relativement à la profondeur de la plaie et de la partie qu'elle occupe, en suivant, autant qu'il est possible, la direction des muscles et évitant de couper des gros vaisseaux, des nerfs et des tendons. Ces incisions changent la forme de la plaie qui est ronde, la rendent longitudinale, saignante, font cesser l'excessive tension de la partie, facilitent la sortie du sang épanché, et contribuent à la chute des escharres. Cette plaie se tuméfie, s'enflamme et suppure. On favorise cette suppuration par l'application des remèdes émolliens, par des digestifs, plutôt que par des topiques spiritueux, résolutifs. Les corps étrangers, dont la présence complique ces sortes de plaies, sont des portions de vêtemens enfoncés par la balle, des pièces d'os qu'elle a brisés, ou la balle elle-même. Ils irritent, causent de la douleur, entretiennent une suppuration abondante. On les trouve dans les plaies qui n'ont qu'une ouverture, comme dans celles qui en ont deux. La forme et la

situation de ces corps indiquent tout à la fois la nécessité, ou le danger de les extraire. Cette extraction se fait en mettant le membre dans la situation qu'il avoit quand il a été blessé, en recherchant avec le doigt, avec une sonde, la situation du corps à extraire et en se rappelant que la plaie, quoique agrandie par incision, ne décrit jamais une ligne droite, lors même qu'elle a deux ouvertures opposées l'une à l'autre. Si le corps étranger est à l'entrée de la plaie, il est facile d'en faire l'extraction : s'il en est éloigné, on fait une contre-ouverture. Plusieurs fois on a trouvé une balle à la partie postérieure d'un membre percé seulement à sa partie antérieure : c'est une suite du changement de direction qu'éprouve ce corps dans le trajet qu'il parcourt. On doit, autant que les circonstances le permettent, en faire l'extraction plutôt avec les doigts, ou avec des pinces, qu'avec des instrumens qui contondent la plaie, la déchirent et causent des douleurs inutiles suivies d'hémorrhagie. Si l'on est absolument obligé de se servir de pinces à cuiller, ou tire-balles, c'est à l'aide d'un doigt qu'on les introduit dans la plaie dont ils doivent suivre la direction, afin de ne point saisir une partie saine, une portion de muscle, avec le corps que l'on veut extraire.

S'il est petit, situé profondément, si à raison de sa mobilité on ne peut le saisir, ou s'il ne produit point d'accident grave, on doit l'abandonner, plutôt que de l'extraire en usant de violence. Il sort de lui-même, quand la suppuration est bien établie, ou il change de place. On a vu des balles rester pendant toute la vie dans un membre, sans gêner sensiblement son action.

Une grande blessure faite par une arme à feu à l'une des extrémités du corps étant très-souvent une cause qui détermine à faire l'amputation de cette partie, on a recherché quels étoient les cas dans lesquels cette opération devoit être faite sur le champ, immédiatement après l'accident, et quels étoient ceux dans lesquels on pouvoit la retarder. Voici, d'après l'expérience de plusieurs praticiens, la solution que l'on peut donner d'une question aussi compliquée (1). Il est généralement reconnu qu'un membre emporté par un boulet de canon, par un éclat de bombe, exige que l'amputation soit faite instantanément, c'est-à-dire quelques momens après la blessure, parce qu'une plaie de cette nature n'étant

(1) Relation Chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, par M. Larrey, p. 334.

point guérissable dans l'état où on la suppose, on doit la convertir le plutôt possible en une plaie susceptible d'une prompte guérison et ne point attendre, mais prévenir, par l'amputation, les accidens qui peuvent survenir primitivement, ou consécutivement. L'indication est encore la même, lorsque les os ont été brisés, les parties molles fortement contuses ou profondément enlevées. En pareille circonstance, la gangrène est imminente, les accidens les plus graves peuvent se manifester très-promptement. Ainsi l'amputation doit être faite sur le champ, afin de les prévenir et de remédier à la désorganisation totale de la partie. Cette désorganisation, suivie d'une gangrène rapide, exige que l'amputation soit faite instantanément, lorsque beaucoup de parties molles et les vaisseaux principaux d'un membre ont été emportés par un boulet de canon, quoiqu'il n'y ait point de fracture. Un membre frappé par une balle d'un gros volume qui a brisé l'os, déchiré les chairs et les nerfs, doit être amputé instantanément, à cause du déchirement et de la commotion qu'il a éprouvés, quoique l'artère principale de ce membre soit dans son intégrité. C'est encore une observation constante, qu'un membre qui a souffert une forte percussion par un

boulet, par un éclat de bombe, avec dilacération des parties molles, quoique sans fracture, devient froid, insensible et est prochainement disposé à se gangréner. L'amputation faite sur le champ est alors indiquée pour remédier à ce déchirement et à cette commotion partielle. Une articulation fracassée par une balle qui y est enclavée, avec destruction des ligamens, des tendons, ouverture de la capsule, forme une blessure très-grave qu'on ne guérit pour l'ordinaire que par l'amputation. Cette opération doit être faite sans délai, sur-tout au poignet, au-dessus du genou, avant l'apparition des accidens qui compliquent ces sortes de lésions. Elle doit être différée, lorsque ces accidens, qui sont l'inflammation, la tuméfaction de la partie, le délire, les convulsions, la douleur excessive, se sont développés subitement. Il est donc contraire à l'expérience, que toute amputation faite sur-le-champ soit en général une opération dangereuse. On trouvera dans l'ouvrage de M. Larrey, cité plus haut, un grand nombre d'observations qui prouvent absolument le contraire et qui confirment la doctrine que l'on vient d'exposer. Cette même expérience peut seule déterminer les cas dans lesquels il est absolument nécessaire d'amputer un membre

et ceux dans lesquels il est possible de le conserver par un traitement méthodique. Les lésions par armes à feu sont tellement diversifiées, qu'il est presque impossible de poser des règles certaines et invariables à cet égard. C'est au talent du chirurgien qu'il appartient de saisir les circonstances favorables, de les mettre à profit et de faire une application raisonnée des principes de son art aux différentes espèces de blessures confiées à ses soins.

XCIII.

PLAIES PAR ARRACHEMENT.

La séparation totale et subite de l'une des parties du corps, comme d'un bras, d'une jambe, d'un doigt, entièrement détachés par une violence extérieure, forme une plaie par arrachement. Le deuxième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie contient plusieurs observations desquelles il résulte que ces lésions très-graves par elles-mêmes, n'ont cependant point été suivies de convulsions, d'hémorrhagie, comme on auroit pu le présumer. Il seroit superflu de donner l'extrait de ces observations qu'il faut lire avec tous leurs détails dans l'ouvrage indiqué. Elles sont

d'ailleurs confirmées par d'autres observations plus récentes (1), et qui prouvent, comme celles qui ont été faites par MM. de l'Académie de Chirurgie, qu'une plaie dans laquelle des muscles, des tendons et des vaisseaux de tout genre ont été rompus et totalement arrachés, est encore susceptible d'une guérison même assez prompte.

Un muscle, un tendon, un ligament, peuvent aussi se rompre par la seule contraction musculaire, sans qu'il en résulte une plaie extérieure. Il est aujourd'hui bien reconnu que la rupture transversale de la rotule s'est faite plusieurs fois par la même cause, sans coup, sans chute, sans contusion. Un des piliers de l'anneau inguinal se rompt avec ou sans hernie, mais toujours avec ecchymose et douleur violente, dans le moment d'un effort subit et considérable que l'on fait pour soulever un fardeau, le corps étant incliné en arrière. La même cause a déterminé dans un jeune homme de dix-sept ans la rupture du muscle psoas du côté droit. Il ressentit à l'instant une violente douleur dans la région lombaire et dans la cuisse. La fièvre, l'insomnie, se déclarèrent, et il se manifesta une tumeur avec fluctuation

(1) Desault, Journal de Chirurgie, tom. 3, p. 373.

dans

dans la région lombaire, ainsi qu'à la partie antérieure de la cuisse. L'incision de cette tumeur donna issue à un fluide purulent, sanguinolent et fétide. Ce jeune homme mourut le dixième ou douzième jour de son accident (1).

XCIV.

RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE.

Les deux muscles jumeaux et le soléaire forment, par leur réunion, une espèce de muscle triceps qui sert à étendre le pied au moyen du tendon d'Achille qui s'attache à la partie postérieure du calcanéum. Ce tendon n'est presque point susceptible d'alongement, lors même qu'on emploie pour le distendre une force considérable. Il peut néanmoins se rompre subitement, dans l'effort que l'on fait pour sauter un fossé à pieds joints, pour s'élancer sur une table dont on n'attrape que le bord avec ses pieds, lorsqu'on tombe perpendiculairement et d'un lieu élevé sur un seul pied, qui ne peut soutenir tout le poids du corps.

(1) Mémoires de la Société médicale d'Émulation, tom. 1, p. 159.

Alors ce tendon tiré en bas par la flexion forcée du pied, en haut par la contraction des muscles jumeaux et du soléaire, distendu par le poids de tout le corps qui perd son équilibre, se rompt comme un ressort, dans l'instant où les muscles agissent avec le plus de force pour empêcher la chute du corps à la renverse. Ce tendon peut être comparé à une corde qui, tirée lentement ne se casse point, mais qui, relâchée et tirée avec violence et par saccade, se rompt subitement. Cette rupture est toujours complète et assez facile à reconnoître. Le malade ne peut se tenir sur sa jambe : il ne marche qu'en éprouvant de la douleur et avec risque de tomber. Il peut étendre le pied à l'aide des muscles jambier et péronier postérieurs, mais on sent deux ou trois travers de doigts au-dessus de la tubérosité du calcaneum, lieu ordinaire de la rupture, un vide, ou un enfoncement sous la peau qui recouvre le tendon. En le touchant dans sa longueur et dans sa circonférence, on distingue un écartement qui augmente dans la flexion du pied, et qui diminue dans l'extension. La jambe et le pied se tuméfient, la peau est ecchymosée. Parmi ceux qui éprouvent cette rupture, les uns disent avoir peu souffert au moment où elle s'est faite : d'autres

assurent avoir senti une douleur vive ; quelques-uns affirment avoir entendu un bruit ou craquement semblable à celui d'une noix, d'une planche qui s'écraseroit sous le pied, ou d'un violent coup de fouet.

La curation consiste à maintenir la jambe dans la flexion et le pied dans une extension modérée ; afin de mettre en contact les deux bouts du tendon rompu. On repousse doucement avec la paume de la main le gras de la jambe vers le talon, tandis que le pied est étendu. Le membre étant dans cette situation, on remplit avec de la charpie, ou avec des compresses longitudinales l'enfoncement qui existe naturellement sur les parties latérales du tendon d'Achille. Ensuite on applique autour de la jambe, à l'endroit de la rupture, une compresse circulaire, puis une autre très-longue, mais étroite, qui s'étend depuis le bout des orteils jusqu'au jarret, et qui recouvre la plante du pied, le talon et la jambe postérieurement. On maintient ces compresses avec une bande roulée à un chef dont l'application ne doit point commencer à l'endroit de la rupture, afin de ne pas trop déprimer les extrémités du tendon, mais sur le pied par quelques circulaires, ensuite au-dessus et au-dessous de la rupture, puis par des doloires sur

toute la jambe et même à la partie inférieure de la cuisse. Pendant l'application de cette bande, on renverse et l'on tire en sens contraire les deux bouts de la compresse longitudinale, que l'on fixe par des épingles, ou par les circonvolutions de la bande elle-même. Cet appareil maintient le pied dans une extension modérée, met en contact les extrémités du tendon et produit l'effet d'un bandage unissant. On place sur un oreiller la jambe un peu fléchie, afin que les muscles soient dans le relâchement, et l'on recommande au malade le repos le plus absolu. Le pied ne doit point être maintenu dans une trop forte extension: elle augmenteroit les douleurs et rendroit ensuite la progression difficile. L'appareil ne doit être que contentif. On l'imbibe d'une liqueur résolutive, spiritueuse, et on le renouvelle tous les huit ou dix jours, quand il est trop relâché. Cette rupture est ordinairement consolidée dans l'espace d'environ quarante jours, et il reste à l'endroit de la cicatrice un tubercule ou bourrelet dont le volume diminue peu à peu, sans s'effacer jamais. Il a ordinairement trois ou quatre lignes d'épaisseur, ne fait pas boiter, et n'est sensible qu'au toucher. La jambe est d'abord grêle, l'articulation du pied et du genou est roide, la progres-

sion difficile et ne peut se faire que sur un terrein uni avec l'attention de porter un soulier dont le talon soit élevé. Peu à peu la jambe prend du volume et se tuméfie. Ce gonflement devient chronique et ne se dissipe quelquefois qu'au bout de six mois. Si la consolidation du tendon n'est pas exactement faite, si l'on a permis au malade de marcher trop tôt, le plus léger faux-pas suffit pour produire une désunion douloureuse, une nouvelle rupture. Il est donc nécessaire de ne pas trop abréger la cure et de ne point faire quitter au malade le lit trois semaines ou un mois après l'accident, comme quelques auteurs l'ont proposé. Plusieurs observations nous ont prouvé qu'en faisant marcher les malades trop tôt, avant que la cicatrice soit solide, elle se désunit dans le plus léger faux-pas. Enfin il est reconnu que même après la guérison, les malades ont plus de peine à monter qu'à descendre un escalier.

Dans quelques-uns, la rupture du tendon d'Achille est compliquée de douleurs si vives, de gonflement si considérable dans toute la jambe, qu'il est impossible de se servir d'abord du bandage roulé. Son application seroit nuisible et insupportable. Pour satisfaire à toutes les indications, sans négliger la

principale qui consiste à maintenir le pied dans une extension modérée et pour avoir en même temps la facilité de renouveler l'appareil aussi souvent qu'il est nécessaire, Petit (1) a imaginé un bandage qui consiste en une genouillère de cuir et en une pantoufle garnie d'une courroie fixée au talon. On chausse le pied malade avec cette pantoufle, et l'on fait passer dans une boucle fixée à la genouillère la courroie destinée à maintenir le pied dans l'extension, sans que la jambe soit comprimée. Si le pied est échauffé, ou gêné par la pantoufle qu'on doit garder pendant tout le temps de la cure, on lui substitue un chausson de toile dont l'extrémité doit être coupée, afin que les orteils puissent se mouvoir librement : et l'on fait coudre près le talon une bande dont l'extrémité s'attache à une compresse ou courroie circulaire fixée sous le jarret. En serrant et en lâchant cette bande à volonté, le malade maintient sans douleur son pied dans un degré suffisant d'extension.

Petit a dit que quelques-unes des fibres tendineuses des muscles jumeaux pouvoient

---

(1) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1722 et 1728. — Traité des maladies des Os, tom. 2, chap. 15.

se rompre, le tendon d'Achille restant dans son intégrité : ce qui est possible. Cette rupture partielle est très-douloureuse : la portion charnue des jumeaux se rétracte, tandis que celle qui est tendineuse est tirée en bas par l'action du soléaire. De cette opposition d'action résulte un tiraillement douloureux dans les fibres qui résistent.

Le tendon du plantaire grèle est également susceptible de rupture, quoiqu'on ne puisse la reconnoître par le toucher. Les signes diagnostics que les auteurs donnent de cette rupture produite par la même cause que celle du tendon d'Achille, sont les suivans. La douleur, au moment de l'accident, est vive et subite dans la région du mollet, le malade entend un bruit, un claquement semblable à un coup de fouet ou de baguette dont il croit être frappé dans l'endroit lésé. Le progression devient aussi-tôt douloureuse et difficile, la jambe se tuméfie et le malade la tient naturellement fléchie, afin de se soulager. Ces signes indiquent aussi bien une rupture de quelques fibres musculaires ou tendineuses du mollet, que celle du tendon du plantaire grèle, rupture dont aucune observation anatomique n'a constaté l'existence. Cependant on conçoit qu'il peut se rompre, et l'expé-

rience apprend que dans cette lésion, les malades sont ordinairement obligés de garder le lit au moins pendant un mois. La douleur assez vive qu'ils ressentent pendant tout ce temps, sur-tout lorsqu'ils étendent la jambe, répond à la partie inférieure du mollet. S'ils marchent trop tôt et avant que la réunion soit faite, ils éprouvent au plus léger faux-pas une nouvelle rupture, une désunion avec ecchymose et gonflement de la jambe. Lorsqu'enfin ils sont guéris, on observe assez ordinairement une tumeur dure, circonscrite, un peu douloureuse, du volume quelquefois d'un petit œuf de pigeon, située dans le centre, ou vers la fin du mollet, tumeur qui subsiste long-temps, et qui ne disparoît qu'incomplètement. L'indication curative dans ces ruptures partielles de fibres musculaires et tendineuses, consiste à faire garder le repos au moins pendant un mois, à tenir la jambe un peu fléchie et le pied dans une extension modérée. Quelquefois la saignée est nécessaire, comme elle l'est dans la rupture du tendon d'Achille, quand la douleur et le gonflement sont considérables. Les topiques résolutifs ne doivent point être négligés, sur-tout s'il y a ecchymose.

Lorsqu'un instrument tranchant, tel qu'une

faux, un sabre, a divisé le tendon d'Achille, cette plaie transversale présente les mêmes indications curatives que la rupture de ce tendon, sans lésion des tégumens. Si la section est nette, peu profonde, n'intéressant que la peau et le tendon que l'on suppose coupé totalement et transversalement, la guérison s'obtient en tenant la jambe un peu fléchie, le pied modérément étendu et en appliquant le bandage circulaire unissant, décrit ci-dessus. Il ne s'agit, en effet, que de procurer la réunion d'une plaie transversale que l'on suppose être simple. Si le tendon n'est coupé qu'en partie, on ne doit point en achever la section et la rendre totale, dans l'intention de remédier au tiraillement douloureux que cause la portion tendineuse qui est encore entière, puisque la douleur diminue et cesse aussi-tôt que le pied est étendu. Mais si la plaie est contuse et ne peut guérir qu'en suppurant, si la jambe est tuméfiée douloureusement avec formation d'abcès, ou si la section est assez profonde pour que l'artère tibiale postérieure ait été ouverte, un peu au-dessus et du côté de la malléole interne, le bandage roulé ne convient pas dans ces diverses complications. Il y a nécessité de renouveler souvent l'appareil et de varier les pansemens. L'accident le plus

urgent est l'hémorrhagie qu'on arrête par la ligature de l'artère. On est donc obligé d'avoir recours au bandage de Petit, lequel donne toute la facilité de panser la plaie aussi souvent qu'il est nécessaire.

Après la suppuration du tendon d'Achille, sa destruction partielle par gangrène, son exfoliation à la suite d'un abcès, d'un ulcère, la cicatrice est dure, calleuse, le malade ne marche qu'avec peine, même sur un terrein uni, et il éprouve la plus grande difficulté à monter un escalier. Les bains émolliens, mucilagineux, les onctions de même nature, contribuent à donner insensiblement un peu de souplesse à la partie : et malgré la destruction partielle du tendon, il est encore possible de fléchir le pied. Molinelli a publié dans le second volume des Mémoires de l'Institut de Bologne, diverses observations desquelles il résulte que des malades ont marché, sans claudication, malgré la perte de substance d'une partie plus ou moins considérable du tendon d'Achille. Des observations plus récentes confirment cette assertion (1).

---

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie par MM. Corvisart et Le Roux, tom. 2, p. 248.

XCV.

RUPTURE DU TENDON DE LA ROTULE.

Plusieurs auteurs (1) ont fait mention de la rupture de ce tendon ou ligament qui attache la rotule au tibia. Elle se fait dans le milieu même de ce tendon, ou par une espèce de décollement à l'extrémité inférieure de la rotule, ou à la tubérosité du tibia, dans l'instant où marchant avec vîtesse sur un plan incliné, on tombe sur le genou, la jambe étant portée subitement dans le plus grand degré de flexion, tandis que la rotule est tirée en haut par les muscles extenseurs. Le malade ne peut se relever, sa jambe ne peut s'étendre, la rotule, devenue très-mobile, est tirée de bas en haut, et l'on sent sous la peau un enfoncement à l'endroit de la rupture : il y a ecchymose, gonflement, contusion de l'articulation; accidens qui en compliquant la maladie, la rendent plus ou moins grave.

---

(1) Galenus, de usu partium, lib. 3, cap. 15. — Petit, Maladie des Os, tom. 2, chap. 15. — Duverney, Maladie des Os, tom. 1, p. 393. — Philosoph. Transactions, ann. 1720, vol. 31, p. 44.

Un homme, en traversant un passage obscur qu'il croyoit être de plain-pied, rencontra deux marches à descendre. Son talon du pied gauche frappa d'aplomb le pavé qui se trouva au-dessous d'elles. Aussi-tôt il sentit un craquement au genou du même côté, et tomba assis sur sa jambe, de manière que son talon gauche toucha la fesse et que sa jambe droite se trouva tendue horizontalement devant lui. Il ne put se relever seul. Deux personnes lui rendirent ce service, et lorsqu'il fut debout, sa jambe étoit fléchie, sans pouvoir se tenir dessus, ni faire un seul pas. La rotule étoit un peu remontée : il y avoit entre elle et la tubérosité du tibia un vide considérable dans lequel on pouvoit placer aisément deux doigts, tant il étoit profond. En faisant mouvoir la rotule à droite et à gauche, elle suivoit les mouvemens qu'on lui imprimoit, car elle n'étoit plus retenue par son tendon. Une petite portion de ce même tendon tenoit encore à la tubérosité du tibia. Ce malade a été guéri complètement après avoir gardé le lit pendant trois mois, la jambe étant toujours dans l'extension. On se servit, pour maintenir la rotule dans sa place naturelle et pour mettre en contact les deux bouts du tendon rompu, d'une espèce de bandage unissant composé

d'une courroie circulaire appliquée au-dessus de la rotule, courroie à laquelle étoient attachées trois bandes de cuir, dont l'une passoit sur la rotule et les deux autres sur ses parties latérales, et qui ensuite étoient fixées par des boucles à une bande circulaire placée à la partie supérieure de la jambe. A l'aide de ce bandage, la réunion du tendon s'est opérée, sans que le malade ait été gêné dans la progression, et sans qu'il soit resté une induration ou callosité bien sensible dans le lieu de la cicatrice (1).

Lorsqu'il n'y a ni gonflement, ni contusion, et qu'il est possible de mettre en contact les parties divisées, l'application de ce bandage unissant est très-bien indiquée. Le traitement consiste en effet à maintenir la jambe dans l'extension pendant un temps probablement moins long que celui de trois mois, et à rapprocher l'extrémité inférieure de la rotule près la tubérosité du tibia. Il est essentiel que les malades ne fléchissent pas trop la jambe immédiatement après le traitement : ils marchent d'abord avec peine, descendent assez bien un escalier, mais ne le montent que difficilement.

---

(1) Journal de Médecine, ann. 1768, tom. 29, p. 342.

L'indication est encore la même lorsque le tendon de la rotule a été divisé par un instrument tranchant, avec ouverture plus ou moins grande de la capsule articulaire. On doit maintenir la jambe dans l'extension, faire garder au malade un repos absolu et mettre un appareil qui, sans être trop compressif, tienne les parties dans leur situation respective. Si la plaie est simple, si l'intérieur de l'articulation n'a point été lésé, la consolidation s'obtient aisément.

Un homme reçut un coup de sabre qui divisa transversalement les tégumens, détacha la tubérosité du tibia et pénétra dans l'articulation du genou. L'appareil appliqué d'abord étant trop compressif, excita de vives douleurs qui déterminèrent à le lever le troisième jour de cette blessure. La rotule étoit remontée vers la cuisse d'environ deux travers de doigts; le genou étoit tuméfié avec indice d'épanchement sanguin dans la cavité articulaire. En portant le doigt dans la plaie, il s'écoula de l'intérieur de la capsule environ deux cuillerées de sang noir, en partie fluide et en partie coagulé. La tubérosité du tibia étoit entièrement détachée, et ne tenoit plus qu'à quelques fibres du ligament de la rotule. Cette plaie fut agrandie par incision, et la portion vacillante

de la tubérosité du tibia ne paroissant pas susceptible d'agglutination fut ôtée. L'intérieur de l'articulation nettoyé, les lèvres de la plaie furent mises en contact, la rotule fut replacée, et la jambe maintenue dans la plus grande extension à l'aide de faux fanons et d'un bandage roulé qui agissoit essentiellement sur la partie moyenne et inférieure de la cuisse. Ce malade fut parfaitement guéri dans l'espace de quarante jours, et marcha librement, sans éprouver de roideur dans l'articulatiou.

Le Dran (1) a donné, pour remédier à une semblable lésion, le conseil de mettre en contact, à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, les lèvres de la plaie encore sanglante, de maintenir la jambe dans l'extension pendant deux mois, de rapprocher la rotule du ligament qui l'attache au tibia, de se servir de fanons qui s'opposent à la flexion de la jambe, et d'appliquer un bandage à-peu-près semblable à celui dont on se sert dans la fracture de la rotule. Il observe qu'il ne faut point permettre au malade de marcher avant que la cicatrice ne soit très-solide, dans la crainte qu'elle ne se déchire au premier mouvement

(1) Consultations de Chirurgie, p. 278.

de flexion de la jambe, car le ligament de la rotule doit contrebalancer seul par sa force celle des quatre muscles extenseurs et tout le poids du corps qui tend à faire fléchir la jambe. Ainsi la rupture ou la section de ce ligament n'est point, comme l'a pensé Duverney, une maladie nécessairement incurable et suivie de claudication.

XCVI.

RUPTURE DU TENDON DES EXTENSEURS DE LA JAMBE.

Ruysch (1) a deux fois observé cette rupture sur des hommes qui, habitués à se lier fortement les cuisses au-dessus du genou, jusqu'au point de gêner l'action musculaire, étoient tombés, la jambe étant très-fléchie. Il se forma entre l'extrémité supérieure de la rotule et ces fibres tendineuses rompues, un écartement d'un travers de doigt. Ces blessés ne purent ni se relever, ni se tenir droits sur leurs pieds. Après avoir gardé le lit pendant plusieurs mois, ils sont restés estropiés et n'ont marché qu'à l'aide d'un bâton. Petit (2)

(1) Adversar. Anatom. medic. decad. 2, p. 5.
(2) Maladie des Os, tom. 2, chap. 15.

en parlant de cette rupture, dit seulement avoir fait construire un bandage dont il ne donne point la description, pour suppléer en quelque sorte au tendon des extenseurs de la jambe qu'un officier Hollandais s'étoit rompu, en sautant un fossé, ce qui suppose que le malade resta gravement incommodé. Duverney (1) n'a eu qu'une idée confuse de cette maladie qu'il paroît confondre avec la luxation de la rotule. Bell (2) a vu trois fois la rupture de ce tendon par l'effet de chutes sur le genou : il ajoute qu'il se fit entre la partie supérieure de la rotule et les fibres tendineuses un écartement de deux ou trois pouces ; mais il ne dit point quelles furent les suites de cette rupture et par quel procédé on y remédia. C'est lorsqu'on descend avec vîtesse un escalier, ou lorsqu'on court sur un plan incliné, que se fait la rupture totale ou partielle de ce tendon, dans l'instant où l'on tombe sur le genou, la jambe étant très-fléchie. On apperçoit au-dessus de la rotule, qui devient très-mobile, un écartement qui augmente quand on fléchit la jambe et qui diminue quand on

(1) Maladie des Os, tom. 1, p. 396.

(2) System of Surgery, tom. 6, p. 120.

l'étend. Un malade traité par Molinelli (1) pendant deux mois, la jambe étant maintenue dans l'extension, ne put néanmoins marcher librement après son traitement. Il étoit exposé à tomber quand il montoit un escalier, quoique soutenu par un bâton. Molinelli remédia à cet inconvénient par l'application d'un bandage représenté dans l'ouvrage indiqué. Il consistoit en une bande circulaire de chamois fixée au bassin, et en une seconde bande circulaire fixée à la jambe, immédiatement au-dessous de la rotule. A cette seconde bande étoient cousues trois courroies longitudinales, l'une moyenne qui recouvroit la rotule et la partie antérieure de la cuisse, et deux latérales peu éloignées de celle du milieu. Ces trois courroies s'attachoient par des boucles à la bande circulaire supérieure, afin de fixer la rotule, de la tirer de bas en haut, et de suppléer à l'action des muscles extenseurs de la jambe, en serrant et relâchant à volonté ce bandage. Il eut tout le succès qu'on pouvoit en attendre.

Un homme tomba les deux jambes pliées sous lui, et se fit une rupture incomplète des fibres tendineuses qui s'attachent à la rotule

(1) Bonon. Scient. et Art. Institut. Commentar. tom, 5, part. 2, p. 9.

gauche et une rupture complète des mêmes fibres qui s'attachent à la partie supérieure de la rotule droite, laquelle se déplaça et fut portée en dehors vers la tête du péroné. La douleur et le gonflement exigèrent d'abord l'application des cataplasmes. La rotule droite fut replacée, et les deux jambes maintenues pendant quarante jours dans une grande extension. Ce terme expiré, le malade fit d'abord quelques pas en se soutenant sur des béquilles; ensuite il marcha à l'aide d'une canne : enfin dix-huit mois après son accident, la progression étoit si facile, que cet homme put se procurer le plaisir de la chasse (1).

L'indication curative est la même lorsque ces fibres tendineuses ont été divisées par un instrument tranchant. Plusieurs observations prouvent que le repos absolu gardé pendant l'espace d'environ deux mois, que l'extension de la jambe et que l'application d'un bandage qui favorise le rapprochement des parties divisées suffisent pour procurer, autant qu'il est possible, la guérison de cette maladie.

---

(1) Mélanges de Chirurgie, par M. Saucerotte, p. 406.

XCVII.

RUPTURE DE LA MATRICE.

Dans le moment où la femme éprouve les douleurs pour accoucher au temps marqué par la nature, quelquefois la matrice se rompt, et l'enfant passe tout entier, ou en partie, dans la cavité du bas-ventre. Cette rupture de la matrice est un accident qui n'est pas très-rare, et qui est presque toujours mortel (1). On l'a observée en divers endroits de ce viscère, à son fond, à son col, sur l'une de ses parties latérales, et même dans l'endroit le plus épais, celui où le placenta est attaché. La forme de cette crevasse n'est pas toujours la même : quelquefois elle est longitudinale, oblique; quelquefois transversale, demi-circulaire. Elle peut se faire en différens sens et dans tous les points de l'utérus. Roëderer a dit avec raison, que ce ne sont ni les mouvemens convulsifs du fœtus, ni les saccades

---

(1) Roëderer, Elémens de l'art des accouchemens, chap. 25, p. 405. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. epistol. 48, art. 30. — Haller, Opuscula patholog. obs. 38, p. 85.

qu'on a cru qu'il pouvoit donner avec ses pieds, qui crèvent la matrice, puisqu'il est absolument passif et trop uniformément comprimé pour se mouvoir dans la cavité de cet organe. C'est dans le moment où les contractions de la matrice sont violentes, et en quelque sorte convulsives, qu'elle se crève, la femme faisant alors tous ses efforts pour se délivrer. Néanmoins on a vu des femmes bien conformées éprouver cet accident, lorsque le travail de l'accouchement étoit à peine commencé, soit qu'il s'annonçât d'une manière favorable ou défavorable. Peut-être cette rupture inopinée étoit-elle l'effet du développement inégal de la matrice pendant le cours de la grossesse, de son amincissement plus ou moins ancien dans un de ses points : ce qu'il est impossible de prévoir. Ne pourrions-nous pas citer en preuve de cet amincissement partiel de l'utérus, le fait suivant attesté par plusieurs personnes dignes de foi? Une femme enceinte, et qui sentoit depuis trois jours des douleurs pour accoucher, en éprouva de si violentes, qu'il se fit une rupture avec bruit des parois du bas-ventre et de la matrice. Le ventre s'ouvrit, dans la région du nombril, par une crevasse qui se prolongea inférieurement du côté gauche vers

le pubis. Le fœtus sortit avec le placenta par cette crevasse, et cette femme, abandonnée en quelque sorte aux soins de la nature et d'une sage-femme, fut guérie par des pansemens simples et superficiels (1).

Il est quelques causes qui sont prédisposantes de cet accident : telles sont l'étroitesse du bassin, la trop grande saillie de la pointe de l'os sacrum, une tumeur qui comprime la matrice assez long-temps et assez fortement pour y déterminer une inflammation gangréneuse, l'obliquité de ce viscère, la position vicieuse de l'enfant, tout ce qui peut s'opposer à sa sortie, sans parler d'une pression violente exercée sur le ventre d'une femme pendant le cours de sa grossesse.

Une femme éprouvoit depuis douze heures des douleurs pour accoucher. L'enfant présentoit les fesses. L'orifice de la matrice n'étoit pas encore complètement dilaté, lorsque toute la partie antérieure du col de ce viscère se sépara d'un côté à l'autre. Aussi-tôt le fœtus passa dans la cavité du ventre : on en fit l'extraction sans beaucoup de difficulté, en moins de deux heures. Il étoit mort, et la

(1) Essays and observations physical and literary of Society in Edinburgh, tom. 2, p. 370.

mère mourut elle-même cinq heures après avoir été délivrée. On trouva que le bassin étoit un peu étroit ; la pointe de l'os sacrum passoit à travers la partie postérieure du col de la matrice. Le bord interne et saillant du pubis et de l'os des îles ressembloit, en quelque sorte, au tranchant d'un couteau d'ivoire, et avoit coupé toute l'épaisseur de la matrice comme si elle eût été étranglée par une ligature (1).

Au moment où cette rupture se fait, la femme éprouve un déchirement intérieur semblable à une crampe, à une violente colique : la douleur répond vers le pubis ; le travail de l'accouchement cesse, et il sort du sang par la vulve, sur-tout si c'est le col de l'utérus qui est déchiré. Le visage de la femme se couvre d'une sueur froide et se décompose : les hoquets, les vomissemens surviennent. Cet état d'angoisse subsiste plus ou moins long-temps, et se termine ordinaire-

---

(1) Observations on extra-uterine cases, and on ruptures of the uterus, by Maxwel Garthshore, M. D. and F. R. S. London medical journal, tom. 8, ann. 1787, p. 328. — Joann. Helm, de spontanea uteri sub partu ruptura, in Collectan. Societatis medicæ hafniensis, tom. 2, p. 283.

ment par la mort. A l'ouverture du cadavre, on a trouvé un épanchement de sang dans la cavité du ventre avec le fœtus et le placenta, la matrice enflammée, contuse, gangrénée, ainsi que la surface des intestins, la crevasse rétrécie, obturée par un caillot de sang, par l'insinuation d'une partie du canal intestinal qui y est étranglée. Ce passage des intestins à travers la crevasse de la matrice, peut se faire avant comme après l'accouchement : s'il ne se fait qu'après que la femme a été délivrée par la voie naturelle, la matrice, en se contractant, comprime l'intestin, l'étrangle; d'où résulte un nouvel accident qui est promptement mortel, comme le prouve l'observation suivante, communiquée en 1783 à l'Académie de Chirurgie par M. Percy, l'un des professeurs de cette école.

Une femme parvenue au terme de sa sixième grossesse, eut, après quelques heures d'un sommeil tranquille, des crampes, des douleurs violentes dans le bas-ventre et les lombes, avec vomissement. Les eaux de l'amnios s'écoulèrent, et la matrice se contracta fortement sur le corps de l'enfant, sans que l'orifice de ce viscère en devînt plus mince et plus dilaté. Cependant un des bras sorti jusqu'à l'épaule étoit tellement serré dans cet

orifice, qu'il paroissoit comme étranglé. Quelques instans après, on ne le revit plus, et l'on prit la résolution de terminer l'accouchement. Les accidens continuèrent et parvinrent à un plus haut degré d'intensité qu'auparavant. On eut recours aux saignées, aux potions calmantes : rien ne procura le moindre soulagement. La matière du vomissement devint d'une odeur infecte, comme dans une hernie étranglée et menacée de gangrène. La malade mourut vingt-deux heures après ses premières douleurs. L'ouverture du cadavre fit voir tous les viscères abdominaux dans un état de gangrène et de pourriture très-avancée. Deux circonvolutions d'intestins étoient insérées dans la matrice par une rupture qui se trouvoit à sa partie postérieure, supérieure et latérale gauche, à un travers de doigt de la trompe, et formoient une tumeur dans la cavité de ce viscère. Avant que de l'inciser, on essaya d'en retirer les anses intestinales ; mais elles se déchirèrent et laissèrent appercevoir quatre ulcérations gangréneuses très-distinctes. La matrice contractée égaloit encore en volume la forme d'un chapeau ordinaire. Elle étoit alongée à l'endroit de sa rupture, comme si elle se fût avancée au-devant des intestins qui s'y trouvoient incar-

cérés. Cette rupture, probablement très-grande quand elle s'est faite, n'avoit, quand on ouvrit le corps de cette femme, qu'une grandeur capable d'admettre le bout du doigt.

Si l'on veut s'en rapporter au témoignage de quelques auteurs, il est des femmes qui ont survécu à une rupture de matrice avec issue des intestins au-dehors. Les unes ont été délivrées instantanément, sans effort, et ensuite ont été guéries. D'autres n'ayant pu être accouchées, ont trouvé leur guérison dans la formation tardive de plusieurs abcès gangréneux, au voisinage de l'ombilic, lesquels ont permis de faire partiellement l'extraction du fœtus (1). Ces faits, excessivement rares, ne peuvent point servir de règle de conduite. Nous remarquerons d'abord qu'on risque de rendre la crevasse de l'utérus encore plus grande qu'elle ne l'est, lorsqu'on met en travail une femme dont l'orifice de ce viscère n'est point dilaté. Nous croyons que cet orifice, bien loin de se dilater, se resserre quand

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 79, ann. 1789, p. 68. — Mémoires de la Société royale de Médecine, ann. 1776, tom. 1, p. 308. — Observations on an extraordinary case of ruptured uterus, by Douglas M. D. London, 1785. *in*-8°.

la rupture est au corps ou au sommet de l'utérus. Alors on ne peut extraire l'enfant par la voie naturelle, qu'en usant de beaucoup de violence, et en augmentant les accidens. Au contraire, il est possible de terminer l'accouchement, même avec facilité, lorsque c'est le vagin et le col de la matrice qui ont été crevés ou déchirés : accident auquel les accoucheurs ont donné improprement le nom de rupture de la matrice. Une véritable rupture du corps de ce viscère par laquelle un enfant passe en partie, ou en totalité avec le placenta dans le ventre et épanchement de sang dans cette cavité, est une lésion promptement mortelle et que la nature ne guérit point : l'art seul a été quelquefois salutaire. Mais une femme qu'il est possible d'accoucher sans violence, peut guérir naturellement lorsqu'elle n'a souffert qu'un déchirement du col de l'utérus et du vagin, ces deux parties ne faisant, pour ainsi dire, qu'un seul conduit dans le moment du travail. Ainsi, lorsque le fœtus a passé tout entier dans le ventre, ou lorsqu'étant encore contenu dans la matrice, on ne peut l'extraire ni par les pieds ni avec le forceps, on doit en faire le plutôt possible l'extraction par une incision pratiquée au bas-ventre. Cette opération, qui procure encore

une issue au sang et aux eaux épanchées, a été faite plusieurs fois avec succès. On en trouve un exemple dans le Journal de Médecine, p. 448, tome 28, année 1768, relativement à une femme de la ville du Mans, qui fut parfaitement guérie trente jours après avoir subi cette opération au côté du ventre où la douleur s'étoit fait sentir dans le moment de la rupture de la matrice. Le péritoine ouvert, il fut facile d'extraire l'enfant qui étoit situé transversalement sur les intestins, les pieds tournés du côté droit de la mère.

Une autre observation encore plus étonnante, est celle qui a été communiquée à l'Académie de Chirurgie par M. Lambron, chirurgien d'Orléans. Une femme âgée d'environ trente ans, d'une forte constitution, enceinte pour la quatrième fois, ressentoit de vives douleurs pour accoucher. Elle en eut une si violente, qu'elle tomba en syncope : aussi-tôt le sang coula par la vulve, et la main introduite dans la matrice, dont l'orifice étoit dilaté de la largeur d'un écu de six francs, n'y trouva plus l'enfant. Les douleurs cessèrent, les syncopes devinrent plus fréquentes, les extrémités se refroidirent, et le pouls étoit convulsif. Convaincu de la rup-

ture de la matrice, et l'accouchement ne pouvant être terminé par la voie naturelle, on fit l'opération de la gastrotomie environ dix-huit heures après l'accident. Six semaines après cette opération, cette femme fut parfaitement guérie, et put se livrer aux travaux de la campagne. Elle devint enceinte de nouveau, et le 30 décembre 1779 elle fit appeler à son secours M. Lambron. A son arrivée, elle ne sentoit que de foibles douleurs et les eaux s'écouloient. Le travail ayant fait quelque progrès, et l'orifice de la matrice étant suffisamment ouvert, on reconnut que la tête de l'enfant se présentoit convenablement. Mais au moment où la plus vive douleur se fit sentir, cette malheureuse femme annonça, par un cri très-aigu, que son ventre se déchiroit. Elle tomba en syncope et les douleurs diminuèrent : la tête de l'enfant s'éloigna, on ne put la retrouver, même en portant deux doigts fort avant dans la matrice qui étoit rompue. L'opération de la gastrotomie fut faite au bout de quelques instans. Le ventre de la femme étoit si douloureux, qu'on ne pouvoit le toucher, et le corps de l'enfant ne se manifestoit pas plus d'un côté que de l'autre. On se décida à opérer sur le côté droit, dans la présomption que la

matrice étoit déchirée à cet endroit, comme dans l'accouchement précédent. L'incision fut faite à un travers de doigt de l'ancienne cicatrice, mais un peu plus extérieurement. Le péritoine étant ouvert, on n'apperçut que l'utérus et les intestins dont plusieurs circonvolutions étoient adhérentes à la cicatrice. La plupart de ces adhérences furent détruites avec précaution, et en plongeant la main dans le ventre, on saisit le pied de l'enfant, qui étoit couché le long des vertèbres de sa mère. L'extraction en fut faite, ainsi que celle du placenta, selon les règles de l'art. Cet enfant donna quelques signes de vie pendant une demi-heure, et mourut ensuite. L'auteur de cette observation n'a pu reconnoître, dans le cours de son opération, le lieu où la matrice étoit déchirée. Les intestins qui étoient sortis furent replacés, et les bords de la plaie furent rapprochés par des points de suture assez écartés pour faciliter l'évacuation du sang épanché. Les suites de cette opération furent heureuses, et cette femme fut parfaitement guérie. Elle redevint encore enceinte après cette seconde opération. Elle accoucha naturellement dans le mois d'août 1781, d'un enfant bien portant, mais peu volumineux.

Le succès de cette opération nous paroît

dépendre de la réunion de plusieurs circonstances. Nous desirons qu'on opère le plutôt possible, la femme jouissant encore de toutes ses forces, et qu'on incise toujours sur le côté du ventre qui correspond à la rupture de la matrice, parce que c'est dans ce lieu que le fœtus doit naturellement se trouver. Il est tellement nécessaire, avant que d'opérer, de connoître l'endroit de la crevasse et celui où le fœtus est situé, qu'il faut quelquefois agrandir par incision cette crevasse, afin de faciliter l'extraction du fœtus qui y est engagé, ou retirer une anse d'intestin qui y est introduite. Enfin la plaie qui résulte de cette opération étant très-compliquée, nous ne voyons point la nécessité de la réunir prématurément par des points de suture qui s'opposent à l'issue des fluides épanchés.

XCVIII.

PLAIES PAR MORSURES D'ANIMAUX VÉNÉNEUX.

Il est quelques animaux dont la morsure produit sur l'homme des accidens graves, ou donne en peu de temps la mort par l'insertion sous la peau d'une liqueur délétère, dont la

nature nous est inconnue, et que l'on nomme *venin*. Tels sont quelques serpens des Indes orientales. Le Boïquira (*Crotalus horridus*) tue en peu de minutes, cause des douleurs affreuses, et fait tomber promptement en putréfaction le corps de celui qui a été mordu par ce reptile. Un homme fut mordu à Alep, vers les dix heures du matin, au poignet, par un serpent d'une autre espèce : il mourut le même jour à trois heures après midi. Il eut des vomissemens, de l'assoupissement, peu de douleur. Le poignet, la main et l'avant-bras se tuméfièrent avec ecchymose. Après sa mort, tout son corps devint emphysémateux. Un chien mordu à l'extrémité de l'oreille par le même serpent, mourut en huit minutes (1). Il est plusieurs serpens vénéneux qu'on trouve au Cap, dit M. Paterson (2). Les Hottentots sont dans l'usage d'appliquer un fer rouge sur la morsure, et ils se guérissent par ce procédé. Il est certain que la morsure est plus ou moins dangereuse en raison de sa profondeur et de la quantité de

(1) Philosoph. Transactions, vol. 20, ann. 1698, n° 245.

(2) Journeys in to the country of the Hottentots and Caffraria. London, 1789, p. 163.

venin qui a été introduite. Lorsque l'animal a mordu plusieurs fois, la vésicule qui contient le venin est en partie vidée. Dans tous les cas, le meilleur remède consiste à laver aussi-tôt après l'accident, la morsure avec de l'eau tiède, et à la brûler profondément avec un fer rouge. Linnée a essayé de faire connoître quels sont, parmi les serpens, ceux qui sont vénéneux et ceux qui ne le sont pas. Sur cent trente et une espèces qu'il a décrites, il en compte vingt-trois qui sont vénéneuses, ce qui donne une proportion d'environ un sur six. M. Gray (1), qui a de même cherché les moyens de distinguer les serpens vénéneux de ceux qui ne le sont pas, assure, après avoir examiné cent cinquante-quatre espèces de ces reptiles, en avoir trouvé seulement vingt-six qui sont vénéneuses.

La furie, *furia infernalis*, petit ver cylindrique de la Laponie, a une rangée d'épines latérales dirigées en arrière. Lorsque le vent la jette sur une partie du corps qui est découverte, elle s'insinue promptement sous la peau, y produit une tache noire, gangréneuse, cause des douleurs atroces avec fièvre

(1) Philosoph. Transactions, ann. 1789, vol. 79, part. 1, p. 21.

violente. Ces accidens persévèrent jusqu'à la mort qui survient dans l'espace d'un jour ou deux, quelquefois plutôt, à moins qu'on ne fasse l'extraction de ce ver, en excisant la peau sous laquelle il s'est introduit. Si au lieu de l'extraire en entier, on le rompt en tirant sa pointe très-déliée qui est à la surface de la peau, les accidens augmentent, et la mort est inévitable.

La piqûre du scorpion d'Europe, insecte long d'environ deux pouces, très-commun en Espagne, en Italie et dans les départemens méridionaux de la France, n'est dangereuse ni pour l'homme ni pour les animaux. Des expériences multipliées confirment cette assertion (1). Il n'en seroit pas de même de la piqûre du scorpion d'Afrique.

Le venin de la vipère est une liqueur jaune, insipide, douceâtre, qui s'écoule d'une vésicule par un trou très-fin qui est à l'extrémité ou pointe de la dent de ce reptile. Cette liqueur, introduite sous la peau par morsure, produit une heure ou deux, après qu'elle est faite, les accidens suivans. Le malade devient foible, a des syncopes, des vertiges : ses jambes

---

(1) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1731, p. 223. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. Epistol. 79.

sont chancelantes et la respiration est gênée; il est pris ensuite de nausées, vomit de la bile, son corps devient jaune, la partie mordue se tuméfie avec ecchymose, et cette tuméfaction s'étend au loin sur tout le membre. Ces accidens se manifestent quelquefois peu d'instans après la morsure. Il seroit imprudent de sucer la plaie, sur-tout s'il y avoit à la langue la plus légère écorchure. Quelques observations prouvent le danger de la succion en pareil cas (1).

Quoique l'action du venin de la vipère ne se borne pas à la partie mordue, et que le mal devienne général, il n'est cependant point démontré que la morsure de ce reptile soit nécessairement mortelle pour l'homme : elle ne l'est que pour des petits animaux. Dans le grand nombre de personnes qui ont été mordues, on n'a point d'exemple à citer qu'aucune soit morte, quoiqu'on ait fait des traitemens différens. M. Carburi, médecin, a vu dans l'hôpital de Turin, huit personnes mordues par des vipères : toutes ont été traitées différemment et guéries. L'alkali volatil ou ammoniaque, a été administré par un savant

(1) Mathiole, Commentaires sur Dioscoride, liv. 6, p. 760, édit. de Lyon, 1572. — Paré, liv. 21, chap. 30.

botaniste, Bernard de Jussieu (1), avec succès, à un jeune homme mordu à la main en trois endroits différens par une vipère. Ce médicament, qu'on a regardé comme spécifique, est stimulant, sudorifique, et remédie efficacement à la syncope. On en fait prendre cinq à six gouttes dans un verre d'eau, dès l'invasion des accidens, et pour peu qu'ils continuent, on réitère cette dose en raison de la foiblesse du sujet. Les scarifications, les ventouses, la ligature de la partie au-dessus de la morsure, l'application de l'huile d'olives sur l'endroit mordu, remède préconisé par les Anglais et ensuite par Pouteau (2), ne sont d'aucune utilité. Un malade dont parle Saviard (3), fut mordu par une vipère : il prit du vin, de la thériaque, du sel de vipère, eut des sueurs abondantes, et fut guéri. Tous les auteurs anciens ont recommandé d'administrer intérieurement des remèdes stimulans, sudorifiques. Il y a en effet une indication bien marquée de remédier promptement à la syncope, et de provoquer en même temps une sueur abondante qui est salutaire. Il suffit

(1) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1747.

(2) Œuvres posthumes, tom. 3, p. 73.

(3) Obs. 38, p. 175.

de laver la plaie avec de l'eau tiède, et d'appliquer un caustique sur la morsure lorsqu'elle est profonde.

La salive d'un animal enragé contient un venin qui introduit sous la peau par morsure, cause à l'individu qui la reçoit, une maladie convulsive connue sous le nom de rage. Cette inoculation s'opère comme celle de tous les autres virus. Ses résultats sont plus ou moins prompts, selon que l'inoculation a été plus ou moins profonde. Depuis le moment de cette insertion jusqu'à celui où les premiers symptômes morbifiques se manifestent, l'intervalle est plus ou moins long. Pendant ce temps, le virus de la rage ne donne point de signe de sa présence. La plaie faite par morsure, se cicatrise, et le blessé n'éprouve aucune altération dans sa santé. Cet intervalle est de quinze, quelquefois de quarante jours et même de plusieurs mois. Après cet espace de temps, la personne mordue éprouve une lassitude, un mal-aise dans tout son corps, le pouls est un peu fiévreux, le sommeil est troublé, interrompu, la respiration gênée; le malade sent une constriction dans le gosier, comme s'il avoit de la peine à avaler. La plaie cicatrisée devient sensible, douloureuse, rougeâtre, change quel-

quefois de couleur, ou n'éprouve aucun changement : il est très-rare qu'elle se rouvre. La difficulté d'avaler augmente avec soif et sécheresse dans le gosier. Il survient des mouvemens convulsifs, le malade paroît souffrir lorsque son visage est exposé au courant d'un air frais; il a une sputation fréquente de salive épaisse qu'il lance au loin; enfin l'hydrophobie, ou l'horreur de l'eau, se déclare avec plus ou moins d'intensité. Parmi ceux que nous avons vus mourir de la rage, quelques-uns ont eu peu d'horreur pour l'eau, pour la boisson qu'on leur présentoit. D'autres n'ont eu nul desir de mordre ceux qui les entouroient. La plupart ont été d'abord soulagés en prenant un bain tiède, quoiqu'ils ne s'y soient plongés qu'avec répugnance. Lorsque l'hydrophobie survient, la mort est prompte et certaine. L'ouverture des cadavres n'a fait voir qu'une légère phlogose à l'arrière-bouche, au pharynx, au larynx.

Tous ceux qui sont mordus par un animal enragé ne contractent pas la rage. Cette vérité est confirmée par plusieurs observations, et en particulier par celle qu'a communiquée le docteur Fothergill (1). Ce médecin a traité un

(1) Medical observations and inquiries by a society of physicians, tom. 5, p. 195.

homme âgé de quarante ans, qui fut mordu à la jambe par un chat enragé. La plaie ne fut point pansée et se cicatrisa d'elle-même. Quelque temps après, cet homme mourut avec tous les symptômes de l'hydrophobie. Une servante fut mordue le même jour à la jambe par le même animal. La morsure dégénéra d'elle-même en un ulcère qui subsista pendant près de six mois, et qu'on ne vint à bout de cicatriser qu'avec peine. Elle a joui ensuite d'une parfaite santé.

Cette maladie se déclare lorsque la bave ou la salive de l'animal a été introduite profondément dans la plaie et y a séjourné. Quelques circonstances s'opposent au séjour et à l'absorption de cette bave vénéneuse : des vêtemens très-épais peuvent la recevoir et l'absorber; du sang qui s'écoule en abondance peut la délayer et en affoiblir l'activité. Des lotions d'eau tiède faites sur le champ peuvent l'entraîner et l'empêcher de séjourner. Aussi a-t-on observé que les chiens à longs poils, mordus par un animal enragé, contractent plus difficilement la rage que ceux dont le poil est ras. Enfin il existe peut-être des individus qui sont moins susceptibles que les autres de cette espèce d'inoculation.

Lorsque les premiers symptômes de l'hy-

drophobie commencent à se manifester, la maladie est alors incurable. Nous ne connoissons point de remède efficace contre cet accident mortel. On peut empêcher la rage de paroître, on peut en détruire le germe contenu dans la plaie, mais on ne la guérit plus quand elle est déclarée. L'hydrophobie est un symptôme de mort auquel nous ne savons point remédier. Celui qui après avoir été mordu par un animal enragé, laisse cicatriser sa plaie sans faire aucun traitement local, est presque toujours dévoué à une mort certaine, aussi-tôt que les symptômes tardifs de la maladie se manifestent. Il ne suffiroit point de rouvrir la plaie : le venin a produit son effet, sans qu'on puisse en arrêter l'action. Ainsi les antispasmodiques, les narcotiques, le mercure, les bains de mer et autres remèdes préconisés, ne sont ni préservatifs, ni curatifs de la rage. Si en les employant on croit avoir guéri quelques malades, c'est que l'animal qui avoit mordu n'étoit point enragé, ce qu'il est toujours nécessaire de vérifier en le gardant soigneusement pendant quelques jours et en ne le tuant pas sur le plus léger soupçon. Sans cette précaution, le malade subit un traitement inutile, ou reste dans une sécurité funeste.

Les auteurs les plus anciens (1) sont ceux qui ont le mieux connu le traitement préservatif de cette maladie : ils ont recommandé l'application du fer et du feu sur la morsure et ont conseillé d'y exciter une longue suppuration. Lanfranc de Milan, écrivain du treizième siècle (2), a donné les mêmes conseils, et l'expérience en a depuis confirmé l'utilité. Ce n'est point un traitement intérieur mais local qu'il faut faire. C'est dans le lieu où le venin de la rage a été déposé par la morsure, où il séjourne et se conserve plus ou moins long-temps qu'il faut l'attaquer, si l'on veut prévenir ses effets. Ainsi, aussi-tôt qu'une personne a été mordue, il faut laver à grands flots la plaie avec de l'eau tiède ou avec de l'eau de savon, agrandir cette plaie en tous sens par incision, de manière que son ouverture soit plus large que son fond, la

---

(1) Cornel. Celsus, lib. 5, cap. 27. — Paulus Æginéta, lib. 5. cap. 3.

(2) Cum sciveris quod canis sit rabiosus, incontinenter pone ventosam magnam super vulnus et extrahe de sanguine multum : postea dilata vulnus ad quod quidem super omnia valet ustura cum ferro calido usque ad profundum vulneris; postea superponas res attractivas ad attrahendum venenum. Lanfrancus, Chirurgia magna, tractat. 1, doctrina 3, cap. 7.

remplir de charpie sèche pour absorber le sang et la tenir ouverte. Une heure ou deux après, on ôtera la charpie et l'on cautérisera profondément la plaie avec un fer rouge, de manière à produire une escharre épaisse et large. On suppose que la partie blessée permet de faire un pareil traitement et que la morsure est profonde et d'une certaine étendue. L'excision d'un doigt, d'une phalange, est encore le moyen le plus efficace à employer pour prévenir les effets de la maladie quand elle est bornée à cette partie. L'application d'une ventouse scarifiée, des sangsues, du moxa, n'est point un secours assez certain pour qu'on puisse s'y fier : il faut un moyen plus actif. Si la morsure est au visage ou au col, si elle ne permet pas qu'on fasse l'excision de la partie, ou l'application du fer rouge, on la cautérisera profondément et à diverses reprises avec le muriate d'antimoine. On introduira à plusieurs lignes de profondeur, dans la morsure et en tous sens, ce caustique liquide en se servant d'un brin de bois ou d'un pinceau de charpie qui en sera imbibé. L'escharre faite, on recouvrira la plaie d'un emplâtre émollient et ensuite d'un vésicatoire. Aussi-tôt que l'escharre sera tombée, on réitérera l'application du causti-

que sur les chairs vives et l'on entretiendra la suppuration, en introduisant dans la plaie une boule de racine de gentiane ou d'iris, comme si l'on vouloit établir un cautère. Le muriate d'antimoine est moins douloureux, moins effrayant que le fer rouge. Il a l'avantage de pouvoir, comme tous les fluides, s'insinuer profondément dans toute l'étendue de la plaie. Son utilité est d'ailleurs constatée par des observations nombreuses (1). En suivant ce traitement, qui est celui de tous les praticiens actuels, il est deux vérités importantes qu'on ne doit point perdre de vue. La première, c'est que l'excision de la partie mordue, ou sa cautérisation, doivent être faites le plus promptement qu'il est possible, parce qu'on ignore quel est le temps précis où l'on peut encore agir avec succès dans l'intervalle qui s'écoule entre la morsure et l'apparition des premiers symptômes de la maladie. La seconde, c'est que lorsque ces symptômes se manifestent, soit promptement, soit tardivement, la morsure ayant été négligée et la plaie étant cicatrisée, la maladie est alors incurable, tout traitement devient inutile,

---

(1) Dissertation sur la rage, par M. Le Roux, Paris, 1783, *in*-4°.

l'art n'ayant point trouvé d'antidote contre la rage, en supposant qu'il existe.

XCIX.

PLAIES DE TÊTE.

Ces plaies, quoique simples et superficielles en apparence, peuvent être très-dangereuses, lorsque leur effet ne se borne pas tout entier dans la lésion des tégumens du crâne, et que l'impression du coup a été transmise jusqu'au cerveau et à ses membranes. C'est ce que l'on observe tous les jours dans l'examen des plaies faites à la peau du crâne, à l'aponévrose occipito-frontale et au péricrâne par des instrumens tranchans, piquans et contondans. Le danger ne consiste point absolument dans la division de ces parties molles, mais dans la force de percussion avec laquelle elles ont été divisées ou contuses. D'ailleurs, on ne peut juger d'une lésion intérieure et cachée par celle qui est extérieure et apparente. La vue et le toucher n'apprenant rien de positif, le diagnostic devient obscur et difficile à saisir.

Une plaie de peu d'étendue, faite à la peau du crâne, à l'aponévrose occipito-frontale et au péricrâne par un instrument piquant et

déchirant, n'est point, comme celle qui auroit été faite par un instrument tranchant, susceptible d'une prompte réunion. Il se forme au contraire une suppuration séreuse, abondante : l'aponévrose occipito-frontale se détache par lambeaux et s'exfolie. La peau du crâne est d'abord tuméfiée avec érysipèle, le malade a de la fièvre, des nausées : sa langue est blanche, et quelquefois il a du délire. Ces accidens qui, pour parler le langage des praticiens, dépendent de l'étranglement des membranes aponévrotiques, sont toujours primitifs : ils se manifestent aussi-tôt après le coup reçu et subsistent avec la même intensité pendant plusieurs jours. Au contraire, s'ils surviennent tardivement, sans être accompagnés de la tuméfaction érysipélateuse de la peau du crâne, ils sont un des symptômes de l'inflammation de la dure-mère, qui se termine par suppuration. Le remède efficace de cette plaie par piqûre ou par déchirement, consiste à l'agrandir, en faisant une incision longitudinale ou cruciale, afin de couper nettement et de débrider la peau et l'aponévrose. Cette incision produit l'effet d'une saignée locale et opère le dégorgement des parties enflammées peu susceptibles de se tuméfier. La plaie doit être pansée mollement,

jusqu'à ce qu'elle soit complètement détergée, avec de la charpie couverte d'un digestif très-doux. On appliquera sur la tête, préliminairement rasée, un cataplasme émollient : on mettra le malade à la diète et on le saignera plus ou moins selon l'indication, sans négliger de lui faire prendre un vomitif, pour peu que les nausées continuent et que la langue soit constamment blanche ou jaunâtre.

Une plaie faite aux tégumens du crâne par un instrument tranchant, mais sans contusion, doit en général être considérée comme une plaie simple, soit qu'elle soit longitudinale, oblique ou à lambeau. Dans tous ces cas, on en procure la réunion par les procédés ordinaires, en mettant en contact les lèvres de la plaie, en replaçant avec exactitude le lambeau qui est encore susceptible d'agglutination, lors même que l'os a été mis à découvert. Mais cette plaie, quoique légère en apparence et de peu d'étendue, est quelquefois compliquée de spasmes, de convulsions, d'accès épileptiques, lorsque l'un des nerfs qui se distribuent sous la peau du crâne a été contus, divisé, ou piqué. Quelques observations prouvent que la lésion du nerf frontal, immédiatement au-dessus du sourcil, a causé

de violentes douleurs, la cécité, la paralysie des paupières (1).

Une contusion de l'un des os du crâne produit des effets différens, selon qu'elle est forte ou foible, et qu'elle se borne au péricrâne, à la table externe de l'os, ou qu'elle s'étend jusqu'au diploë, à la table interne et même à la dure-mère. Si elle est légère, bornée au péricrâne, à la table externe de l'os, il en résulte une tumeur douloureuse, inflammatoire, qui ne se résout pas et qui se termine par suppuration. Après l'avoir ouverte, on trouve le péricrâne détaché, ramolli, tandis que l'os, pendant le traitement de cet abcès, prend une couleur d'un blanc terne, jaunâtre, avec ou sans exfoliation.

Si la contusion a été assez forte pour agir tout à-la-fois sur les tégumens, sur la table externe de l'os et pour rompre quelques-unes des cellules du diploë avec les vaisseaux sanguins qui s'y distribuent, il se fait d'abord un

(1) André, observations pratiques sur les maladies de l'urèthre, p. 324. — Joann. Udalric Rumler, Obs. medic. obs. 64, p. 38. — Pouteau, Œuvres posthumes, tom. 2, p. 77. — Morgagni, Epistol. anatom. 18, p. 313, in operib. Valsalvæ. — Platner, Opuscula, tom. 2, p. 166, de vulneribus superciliis illatis. — Saucerotte, Mélanges de Chirurgie, p. 364.

épanchement de sang entre les deux tables. L'os prend, dans toute son épaisseur, une couleur violette foncée, semblable à une forte ecchymose circonscrite et bornée à l'endroit contus. Cette couleur est sur-tout remarquable dans les jeunes sujets qui ont le crâne mince et les vaisseaux sanguins très-nombreux. Peu à peu la circulation cesse entre l'os, le péricrâne et la dure-mère : ces deux membranes s'en détachent successivement. Il se forme dans le diploë une suppuration qui n'a point d'issue, l'os privé de vie devient noirâtre et s'amincit : ses deux lames sont percées comme un crible par une multitude de petits trous à travers lesquels le pus épanché sur la dure-mère sort au dehors, sur-tout quand on fait faire au malade une forte expiration. Quelquefois l'os est détruit et troué avec grande déperdition de substance. Si l'on ouvre tardivement la tumeur, ou si l'on agrandit par incision les tégumens qui n'auroient pas été suffisamment divisés par la violence du coup, il sort du sang et du pus. Le doigt porté à travers la perforation du crâne sent la dure-mère à nu et déprimée par la présence du fluide qui y est épanché depuis long-temps. Cette maladie chronique

a

a été très-bien observée par Paaw (1), il y a près de deux siècles et dans ces derniers temps par plusieurs auteurs (2).

Nous l'avons observée nous-mêmes plusieurs fois et encore depuis peu, lorsque nous étions dans la petite ville de Saint-Brieux. Un homme avoit depuis environ trois mois, à la suite d'une contusion, la partie antérieure, moyenne et un peu inférieure du coronal percée d'une multitude de petits trous par lesquels il s'écouloit à chaque pansement beaucoup de pus de dessous le crâne. L'os étoit desséché et avoit une couleur absolument noire. Comme cet homme mouchoit du pus en assez grande quantité, on avoit présumé que le siége du mal étoit dans les sinus frontaux et que le pus n'étoit point épanché sous le crâne. Ce malade n'éprouvoit d'ailleurs aucun accident et vivoit comme une personne en convalescence. Nous conseillâmes d'exciser avec une couronne de trépan toute la partie du coronal qui étoit nécrosée. Cette opération faite, la dure-mère, quoique

(1) Succenturiatus anatomicus, p. 35, 80 et 91.

(2) Pott, Traité des Plaies de tête, obs. 14. — Wilmer, Cases in Surgery, obs. 8. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. epistol. 52, art. 37. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 1, p. 262.

couverte de pus, parut saine : elle se détergea, se recouvrit de bourgeons charnus, et cet homme fut ensuite parfaitement guéri.

Quelquefois la portion d'os contuse n'est ni trouée, ni perforée ; elle est seulement privée de vie et prend une couleur terne, jaunâtre. Mais la dure-mère détachée de l'os est couverte de pus qui n'a point d'issue. Il n'y a pas eu de fracture, la maladie est légère en apparence, la plaie des tégumens est même cicatrisée ou en voie de consolidation. Cependant le malade pris tardivement de vertiges, de fièvre, d'assoupissement, meurt subitement et long-temps après avoir reçu le coup. Telles sont les suites tardives de quelques-unes des contusions du crâne.

Un homme fut frappé par un pot d'étain sur le pariétal droit, près le muscle crotaphite. La plaie ayant été agrandie par incision, on ne trouva point de fracture. Cet homme, après une guérison apparente, ne suivit aucun régime et continua de vaquer journellement à ses occupations. Dix mois après le coup reçu, il eut des vertiges pendant qu'il se promenoit et mourut dans l'espace de quelques jours. L'os contus étoit noir, carié et la dure-mère en suppuration (1).

(1) Paaw, Succenturiatus anatomicus, p. 82.

Un homme reçut à la tête un coup de pied de cheval qui produisit une forte contusion, sans que néanmoins les accidens qui ont coutume de paroître aussi-tôt après ces sortes de blessures se manifestassent. La plaie des tégumens fut agrandie par incison et fut pansée pendant un mois, sans pouvoir jamais se cicatriser. Il resta un petit ulcère qui continua de fournir du pus, quoiqu'il n'y eût point de lésion apparente à l'os. Trois mois après, cet homme fut pris de fièvre, de frissons, de vomissement, et mourut. A l'ouverture du crâne, on trouva beaucoup de pus sur la dure-mère et dans la substance du cerveau (1).

Une forte contusion de l'un des os du crâne, sans fracture, est toujours accompagnée d'un ébranlement, d'une commotion plus ou moins grande du cerveau. Le résultat ordinaire de cet accident est une inflammation de la dure-mère, ou de la pie-mère : inflammation qui se termine presque toujours par suppuration. Peu à peu le péricrâne se détache de l'extérieur du crâne, comme la dure-mère se détache de l'intérieur de cette boîte osseuse dans l'endroit qui a été frappé. Il se forme assez ordinairement vers ce même endroit un

(1) Marchettis, obs. 15, p. 25.

abcès qui a son siége entre le crâne et la dure-mère, ou entre la dure-mère et la pie-mère, ainsi que sur la surface du cerveau. La matière de cet abcès est un fluide jaunâtre, purulent, ou puriforme. Les symptômes de cette maladie grave et souvent mortelle sont donc ceux d'une inflammation des membranes, laquelle s'est terminée par suppuration. Les accidens qui annoncent cette terminaison funeste se manifestent plutôt ou plus tard, communément dix à douze jours après le coup. La douleur qu'on a d'abord sentie à l'endroit frappé se dissipe, ou devient très-légère; mais c'est un calme trompeur et après un intervalle plus ou moins long, la plaie qu'on avoit regardée comme très-légère se tuméfie, devient douloureuse et fournit une suppuration de mauvaise qualité. Le péri-crâne se détache du crâne qui devient terne, et prend l'aspect d'un os privé de vie. Dès ce moment, le malade est pris de fièvre, de frissons : il a des nausées, des vertiges et son sommeil est troublé. Le mal de tête et la fièvre augmentent : chez les uns, il survient des mouvemens convulsifs, chez les autres, la paralysie d'une partie du corps ou le coma se déclare. Si à cette époque de la maladie on applique une couronne de trépan sur l'os

livide et contus, on trouve entre le crâne et la dure-mère, ou entre cette membrane et la pie-mère, une grande quantité de pus avec altération de la surface du cerveau.

Telle est la maladie connue sous le nom de contusion du crâne et décrite par les auteurs Grecs sous celui de *Thlasma*, *Thlasis*, *Phlasis*. Des observations multipliées apprennent que cette suppuration des membranes du cerveau se fait assez ordinairement douze ou quinze jours après le coup reçu; quelquefois aussi elle ne se forme qu'un mois ou deux après cet accident, et même encore plus tard, ce qui est beaucoup plus rare. Marchettis (1) nous en a conservé un second exemple. Un homme, dit-il, fut légèrement blessé à la partie moyenne de la tête, sans que l'os fût découvert. Il ne se manifesta d'abord aucun symptôme fâcheux, et la plaie fut assez promptement guérie. Cet homme vécut ensuite pendant trois mois en bonne santé, du moins en apparence. Après cet espace de temps, il eut de la fièvre avec douleur de tête dans l'endroit qui avoit été blessé. Ces accidens ayant continué pendant environ quatorze jours, ce

---

(1) Obs. 15. p. 26. — Morgagni, de sedib. et causis morb. epistol. 52, art. 17.

malade mourut. Le crâne enlevé, on trouva du pus sur le cerveau et sur ses membranes.

L'unique moyen de s'opposer à cette suppuration plus ou moins prompte, consiste dans la diète, les saignées, les boissons délayantes, les évacuans, par lesquels on obtient, s'il est possible, la résolution de l'inflammation. Si ces secours ont été négligés, s'ils n'ont pas suffi pour dissiper l'inflammation, s'il s'est formé du pus sur la dure-mère ou sur le cerveau, la plupart des praticiens conseillent de donner issue à ce fluide par l'opération du trépan. D'autres, fondés sans doute sur leur expérience, sont d'un avis contraire et pensent que cette opération est presque toujours insuffisante ou inutile (1). Elle doit l'être en effet, si l'abcès n'est pas situé sur la dure-mère, dans l'endroit correspondant à la percussion et où l'on applique le trépan, si le pus répandu sur une grande surface du cerveau ne peut être complètement évacué, s'il a pénétré dans la substance de ce viscère, s'il est contenu dans les ventricules ou sur la tente du cervelet, si enfin on ne peut, en perforant le crâne, procurer une issue libre à ce fluide, ou si la dure-mère et le cerveau sont en sup-

(1) Morgagni, de sedib. morb. epistol. 52.

puration. Au contraire, le trépan a été une opération salutaire toutes les fois qu'il a été possible, en la faisant, d'évacuer le pus, le cerveau et ses membranes étant d'ailleurs dans leur intégrité. Elle a été et sera inutile lorsque l'abcès ne sera pas situé immédiatement sous le crâne ou entre les membranes du cerveau, dans le lieu qui répond à celui qui a été contus. En comparant toutes les observations qu'on a recueillies sur cette matière, et le nombre en est très-grand, on trouve des résultats très-différens. Quelques malades ont été guéris par le trépan, tandis que d'autres sont morts après avoir subi infructueusement cette opération. La conclusion à tirer de tous ces faits, est qu'il vaut encore mieux trépaner le malade avec l'espérance de le sauver, que de l'abandonner à une mort certaine, en ne faisant point cette opération. Les signes de la maladie indiquent bien positivement qu'il s'est formé du pus sous le crâne, mais ils n'apprennent point dans quel endroit précis il est rassemblé : et il peut l'être dans deux endroits différens, savoir entre le crâne et la dure-mère, sous la portion d'os qui a été contuse, et dans un endroit éloigné de celui où le crâne est perforé.

Une contusion du crâne, sans fracture, peut

encore donner lieu à un épanchement de sang entre cette boîte osseuse et la dure-mère, ou entre cette membrane et la pie-mère. La force de percussion capable de rompre tout à-la-fois quelques-uns des vaisseaux sanguins, de détacher la dure-mère de l'intérieur du crâne dans l'endroit frappé, produit nécessairement un ébranlement plus ou moins considérable dans toute la masse du cerveau. Il y a donc complication d'accidens. Le sang s'épanche presque toujours subitement en plus ou en moins grande quantité ; il reste fluide ou se coagule, et produit sur le cerveau et les nerfs une compression qui s'annonce par la stupeur, l'assoupissement, le délire, la paralysie, avec respiration stertoreuse comme dans l'apoplexie. Cet état est ordinairement mortel, parce qu'il est compliqué de la commotion du cerveau et de l'inflammation des membranes de ce viscère. La plaie des tégumens est avec décolement du péricrâne : la table externe conserve l'impression du coup et est comme déprimée. Les saignées multipliées en raison de l'état du pouls, les lavemens âcres et stimulans, les boissons émétisées, l'application des vésicatoires à la nuque ou aux jambes, sont les premiers secours qu'il convient d'administrer. Lorsqu'ils sont insuffi-

sans et que les accidens subsistent, on a quelquefois appliqué le trépan pour donner issue au sang fluide ou coagulé, que l'on suppose être épanché sous l'os qui a été frappé, quoiqu'il n'y ait point de fracture apparente. Elle peut exister néanmoins à la table interne dont une très-petite portion est détachée du reste de l'os. Quoi qu'il en soit, quelques praticiens pensent que le trépan est inutile en pareille circonstance, parce que si la maladie consiste uniquement dans un épanchement de sang, il est impossible de l'évacuer, du moins complètement, par la perforation du crâne, lorsqu'il est coagulé, et parce que d'ailleurs il est susceptible de résorption, s'il conserve son état de fluidité. Nous avons déjà dit qu'il n'est pas toujours épanché entre la dure-mère et le crâne, mais sur le cerveau, entre les lobes de ce viscère, à sa base, dans l'un de ses ventricules, ou même dans un lieu opposé à celui qui a été frappé. Le malade périt alors promptement, sans qu'il soit possible de le secourir en perforant le crâne : c'est en effet ce que confirment presque toutes les observations. Il en est une néanmoins qui nous a été conservée par La Motte (1), et qui

(1) Traité de Chirurgie, tom. 2, p. 340, obs. 160.

fait voir que le trépan a heureusement remédié à un épanchement de sang sous le crâne. Un soldat blessé à la tête étoit depuis quatre jours sans mouvement, sans connoissance. Il avoit rendu du sang par le nez, par les yeux et par les oreilles, et il ne restoit qu'un souffle de vie. Sa tête ayant été rasée, on ne trouva qu'une légère contusion au pariétal droit : on y fit une incision cruciale, et ensuite on appliqua une couronne de trépan. Il sortit du sang en abondance; ce malade ouvrit les yeux à l'instant. Le sentiment et la connoissance revinrent peu à peu avec la guérison.

Une solution de continuité faite au crâne par un instrument tranchant, tel qu'un sabre, prend le nom de plaie ou d'incision en l'os. Elle est quelquefois superficielle, sans s'étendre au-delà de la première table du crâne, avec ecchymose dans le diploë. Mais quoique simple en apparence, elle est souvent compliquée de fente, de contusion, d'épanchement de sang. La dure-mère est détachée ou se détache peu à peu sous l'endroit frappé. Il se forme consécutivement un abcès entre les membranes du cerveau ou dans la substance de ce viscère. Pendant les premiers jours, les malades n'éprouvent aucun accident grave, n'ont pas même de fièvre, et cependant ils

meurent presque toujours de cette blessure, dont le danger n'est pas dans la division superficielle de l'os, mais dans la contusion plus ou moins profonde qui résulte de la violence avec laquelle l'os a été divisé et de la pesanteur de l'instrument qui a frappé.

Une incision perpendiculaire ou oblique, faite au crâne par un instrument tranchant qui en divise toute l'épaisseur ne cause de même pour l'ordinaire pendant les premiers jours, aucun accident remarquable. Les malades se croyent légèrement blessés ; peu de temps après, ils sont pris de fièvre, de frissons, d'assoupissement et meurent avec un épanchement de pus ou de sang sur la dure-mère.

Dans les incisions faites en dédolant, à-peu-près semblables à une entaille qu'on feroit avec une hache dans un morceau de bois, la portion d'os ainsi divisée reste toujours saillante, sans s'affaisser, sans se fermer par un cal, par une membrane, le malade périt, comme s'il eût eu une fente ou une contusion du crâne. Si la portion d'os totalement détachée est petite, superficielle, c'est une plaie avec perte de substance, susceptible de guérison. Si elle est attachée aux tégumens, et assez grande pour que la dure-mère ait été

mise à découvert dans une certaine étendue, doit-on, après l'avoir nettoyée, la replacer, la rajuster, dans l'espérance que tenant encore aux tégumens elle se consolidera et que le malade ne sera point exposé à l'inconvénient d'une grande déperdition de substance osseuse? Cette manière de procéder a été employée avec une apparence de succès. Une grande pièce d'os, ainsi replacée instantanément s'est réunie ou consolidée, ainsi que plusieurs observations le prouvent (1). Mais nous croyons que si quelques malades ont été guéris par ce procédé, c'est parce que quelque prompte, quelque méthodique qu'ait été cette espèce de réduction, elle n'a jamais été ni parfaite ni totale. Il est resté un écartement assez grand pour donner issue au sang qui s'est épanché sur la dure-mère, soit primitivement, soit consécutivement. Du reste, on ne peut se décider en pareille circonstance pour conserver, ou pour détacher des tégumens la pièce d'os qui y est encore adhérente, qu'après avoir soigneusement examiné tout

(1) Paré, livre 10, chap. 7. — Le Dran, Traité des opérations de Chirurgie, p. 492, et Tome premier de ses Observations, obs. 22. — Platner, Opuscula, tom. 2, p. 73. — Bonn, Thesaurus ossium morb. p. 49.

ce qui peut compliquer la plaie et s'opposer à sa réunion.

Les factures du crâne sont avec enfoncement ou sans enfoncement. Dans les unes, les deux tables de l'os également divisées présentent une simple fente et conservent leur égalité de surface : dans d'autres, l'os est brisé en plusieurs pièces plus ou moins enfoncées vers la dure-mère. Quelquefois la table ou lame externe est seule fracturée ; quelquefois c'est l'interne ou vitrée, qui est seulement fendue, ou dont une portion détachée de sa surface comprime et irrite la dure-mère. Cette fracture de la table interne est plus commune dans les vieillards que dans les jeunes gens, à raison de l'épaisseur et de la dureté du crâne. Les fractures sans enfoncement sont avec plaie, ou sans plaie des tégumens. S'il n'y a point de plaie, les tégumens contus, ecchymosés, se tuméfient dans le lieu de la fracture, et les accidens dont le malade est saisi tôt ou tard, déterminent à faire sur la tumeur une incision qui permet de juger de l'état du crâne dans l'endroit qui a été frappé. On s'assure de l'existence d'une fracture par la vue et par le toucher. Le péricrâne se détache aisément, ou est presque toujours détaché de l'os dans le trajet de sa division, et

quelque simple qu'on la suppose, ses bords offrent une surface âpre, inégale, très-différente de celle d'une suture dont la situation est d'ailleurs assez constante. Les connoissances positives de l'anatomie ne permettent plus de prendre aujourd'hui une fracture pour une suture, ainsi qu'il est arrivé à Hippocrate, ni même un os wormien saillant, volumineux, de forme à-peu-près triangulaire, pour une fracture (1). De pareilles méprises ne peuvent se commettre que par défaut d'attention. Quelque difficulté qu'on suppose dans le diagnostic d'une fracture simple, sans enfoncement, ou d'une fente capillaire, c'est plutôt aux accidens qui résultent de la violence du coup qu'on doit avoir égard, qu'à la fracture elle-même. Ces accidens sont ceux de la contusion du crâne, tels que l'ébranlement du cerveau, l'inflammation des membranes de ce viscère, le détachement de la dure-mère, un épanchement de sang, la formation d'un abcès. Si aucun de ces symptômes morbifiques ne se manifeste, la fracture ne présente par elle-même aucune indication curative : elle peut se réunir par un cal, se consolider, et il y a quelques exemples de ces gué-

(1) Mélanges de Chirurgie, par M. Saucerotte, p. 362.

risons obtenues par la diète, par les saignées, sans qu'on ait eu besoin de recourir au trépan, comme on en a donné le précepte trop général. Si la fracture est large, apparente, si ses bords sont éloignés, il résulte de cet écartement une issue qui a suffi quelquefois pour procurer la sortie du sang ou du pus épanché, et l'on a été dispensé d'avoir recours au trépan. On a aussi quelquefois pratiqué cette opération avec succès, un mois ou deux après l'accident, pour remédier à un épanchement consécutif qui s'est fait très-lentement. Ainsi on ne trépane pas parce qu'il y a une fracture, mais pour évacuer, s'il est possible, le fluide qu'on présume être épanché sous la portion d'os qui est fracturée. La même indication subsiste pour les fractures de la table interne qu'on ne voit pas : les accidens seuls qui résultent de la violence du coup et qui annoncent un épanchement déterminent à faire cette opération. L'expérience a encore appris que les fractures du crâne avec enfoncement, dans lesquelles un os est brisé en plusieurs pièces, sont en général suivies de moins d'accidens et se terminent d'une manière plus favorable que celles qui nécessitent l'opération du trépan, l'os étant fracturé sans être enfoncé. La raison de cette différence est que les

pièces d'os brisées et séparées les unes des autres sont extraites avec facilité, à l'instant même de l'accident, le cerveau n'a souffert que peu ou point de commotion, parce que le crâne a cédé à la violence du coup, le sang épanché et qui n'est point coagulé ne comprime ni la dure-mère, ni le cerveau, la nature de la blessure tenant lieu de trépan et lui procurant une issue libre. S'il est coagulé et s'il occupe une assez grande surface pour qu'on ne puisse ôter avec les doigts ou avec les pinces, tous les caillots adhérens à la dure-mère et qui la compriment, on a donné le conseil d'appliquer sur le trajet de la fracture autant de couronnes de trépan qu'il est nécessaire, pour extraire successivement tous ces caillots. On trouve dans les auteurs plusieurs observations qui apprennent qu'on a appliqué dix et même douze couronnes de trépan à des malades qui ont été parfaitement guéris. Vander-Wiel (1) nous a conservé l'histoire d'un prince de la maison de Nassau qui fut trépané vingt-sept fois, pour évacuer du sang épanché sous le crâne et qui guérit. Ces faits rares prouvent qu'il ne s'agissoit que de remédier à un épanchement de sang sous la

(1) Tome 1, obs. 8.

fracture,

fracture, sans lésion du cerveau : et l'on sait d'ailleurs que du sang réduit en caillots, soit sous le crâne, soit dans toute autre cavité, n'est point susceptible de résolution ou d'absorption.

La perforation faite au crâne par l'application d'une couronne de trépan, ne se ferme point complètement ni par un cal, ni par une réproduction osseuse. L'exfoliation qui précède la guérison diminue d'abord l'épaisseur de l'os. Les cellules du diploë s'affaissent, les deux tables se rapprochent comme si elles étoient taillées en biseau, ce qui contribue à rétrécir, jusqu'à un certain point, le cercle de l'ouverture. Des bourgeons charnus s'élèvent sur la dure-mère devenue plus dure et plus épaisse que dans l'état naturel, et vers le bord de l'os : ils s'unissent à ceux des tégumens, et forment, par une adhérence mutuelle, une substance solide qui bouche l'ouverture du crâne.

Une observation ancienne, et vérifiée par différens auteurs, est qu'il se forme quelquefois des collections de pus dans la cavité de la poitrine, dans celle du bas-ventre, dans la substance du foie, à la suite des fractures et des contusions du crâne. Les uns en ont attribué la cause à une affection nerveuse, à

une sympathie qui existe naturellement entre la tête et les viscères qui servent à la digestion, et ils ont recommandé d'évacuer, par un vomitif, la bile contenue dans l'estomac, pour peu que le malade ait, dès les premiers momens de sa blessure, le teint jaune, la langue très-blanche et une douleur aux parties précordiales. D'autres ont prétendu que les saignées du pied qu'on a coutume de faire dans les lésions de la tête, produisoient un dérangement de la circulation du sang dans la veine-cave, lequel étoit la cause de l'inflammation et de la suppuration du foie. Mais comme a vu souvent ces abcès se former ailleurs que dans le foie, après des lésions de la tête, et quoique les malades n'aient point été saignés du pied, on ne peut admettre cette hypothèse. Quelques-uns enfin ayant remarqué que ces collections de pus dans le ventre ou dans la poitrine s'annonçoient par la fièvre, le frisson, la difficulté de respirer, par la diminution de la suppuration et la sécheresse de la plaie, ainsi qu'il arrive dans d'autres maladies, après une opération grave, sur-tout lorsque le malade est pris d'indigestion, ou s'est exposé à un air froid et humide, ont pensé que ces abcès intérieurs étoient l'effet d'une métastase, d'un reflux de

matière purulente. Quoi qu'il en soit de toutes ces conjectures, on sait seulement que ces abcès se forment, pour l'ordinaire, assez promptement, c'est-à-dire quinze ou vingt jours après la fracture ou la contusion du crâne, ainsi que le prouvent les observations suivantes.

Un homme âgé de cinquante ans reçut un coup de bâton sur le pariétal gauche. La blessure parut légère, absolument extérieure et ne fut d'abord suivie d'aucun accident. Le malade se trouva bien jusqu'au quatorzième jour; mais ce jour même il eut de la fièvre, du frisson et une douleur au ventre. Les jours suivans il eut de la difficulté à respirer, de la toux, rendit des crachats purulens, avec sentiment de pesanteur à la poitrine. Il mourut le vingt-deuxième jour. Si l'on en excepte la plaie des tégumens, il n'y avoit aucune lésion ni au crâne ni au cerveau. En disséquant ce viscère, il s'écoula seulement un peu de sérosité. Les deux cavités de la poitrine ayant été ouvertes, furent trouvées pleines de pus. Les poumons étoient en suppuration, et il y avoit dans le foie plusieurs tubercules suppurés (1).

---

(1) Morgagni, de sedib. et caus. morb. Epistol. 51, art. 20.

Un homme reçut trois blessures à la tête : la plus considérable étoit à l'occipital, près la suture lambdoïde. Il y avoit en cet endroit une fracture avec enfoncement. On trépana le malade : il n'eut ni fièvre, ni convulsion, ni paralysie, ni vomissement, ni aucun des accidens qui accompagnent les fractures du crâne pendant les vingt premiers jours : cependant il mourut le vingt-huitième. Quelques jours avant sa mort, il se plaignit d'une vive douleur dans la région du foie et de l'estomac. La plaie suppura moins et se dessécha peu à peu. Il survint de la fièvre, du délire. On trouva plus d'une pinte de pus dans le foie (1).

Un berger âgé de cinquante ans reçut un coup de houlette sur la tête, qui fractura un des pariétaux. Il eut aussi une fracture des deux os de l'avant-bras près le poignet. Six heures après avoir été blessé, on lui appliqua une couronne de trépan sur le milieu de la fracture. La pièce d'os enlevée, il sortit une grande quantité de sang qui étoit épanché sur la dure-mère. Il ne survint aucun accident pendant les quinze premiers jours. Le seizième, il eut de la fièvre avec toux fré-

---

(1) Meeckren, Obs. 2, p. 23.

quente et difficulté de respirer. La plaie des tégumens devint sèche et livide, ainsi que la dure-mère. Le desir de rappeler la suppuration qui jusqu'alors s'étoit faite convenablement, suggéra l'idée d'appliquer sur la plaie des tégumens des remèdes émolliens et un peu irritans. Ils furent inutiles : la fièvre et la difficulté de respirer augmentèrent. L'avant-bras fracturé se tuméfia sous le bandage, et l'on vit après l'avoir ôté, qu'il y avoit dans le centre de la fracture un abcès considérable qui fut ouvert sur le champ. Le malade ne fut point soulagé : la fièvre, le frisson, la difficulté de respirer continuèrent, et il mourut. On fit l'examen de la tête, et l'on trouva le cerveau et ses membranes dans la plus parfaite intégrité. La poitrine ouverte, on vit les poumons qui avoient un volume beaucoup plus considérable que dans l'état naturel. En les incisant, il sortit une grande quantité de pus de bonne qualité (1).

Un coup violent porté sur la tête peut encore produire l'écartement d'une suture, quoique l'union des os soit très-forte dans cet endroit. Aussi cet accident est-il excessivement grave. Une pareille disjonction ne peut

(1) Delaisse, Observations de Chirurgie, obs. 39.

se faire sans que la dure-mère naturellement très-adhérente à cette partie du crâne, n'en soit déchirée ou détachée. De-là l'inflammation, la suppuration de cette membrane, l'épanchement de sang, la commotion du cerveau, quoiqu'il n'y ait point de fracture. L'application du trépan sur l'un et l'autre côté de la suture disjointe est indiquée pour procurer une issue au sang ou au pus épanché sur la dure-mère; mais cette opération est inutile contre un épanchement profondément situé, et contre la commotion du cerveau; accidens qui sont les suites ordinaires de cette lésion presque toujours mortelle.

Il est des auteurs qui prétendent qu'un coup donné sur la tête peut déprimer et enfoncer le crâne d'un homme adulte, sans le fracturer, à-peu-près comme un vase de métal est bossué quand on le frappe ou quand on le laisse tomber à terre. Ils ajoutent que cet enfoncement s'apperçoit à la vue et au toucher, même à travers les tégumens, et est causé, pour l'ordinaire, par une balle de fusil, qui à la fin de son trajet frappe le crâne, déprime la table externe ou toute l'épaisseur de l'os. Nous avons déjà observé ailleurs combien il étoit facile de se faire illusion, en examinant superficiellement une contusion

des tégumens de la tête avec épanchement de sang en partie fluide et en partie coagulé. Les guérisons que l'on croit s'être opérées spontanément, dans lesquelles l'os s'est relevé de lui-même peu à peu, ou qui l'a été, à ce que l'on assure, par le moyen d'une ventouse, d'un emplâtre agglutinatif, du tire-fond, prouvent que ces dépressions n'étoient qu'illusoires. Nous ne nions cependant pas que la table externe du crâne ne puisse être déprimée jusqu'au point de conserver l'impression du coup, si elle a été fracturée en étoile. Mais dans un adulte, toute l'épaisseur de l'os ne peut être déprimée sans se fracturer, et il est encore moins croyable que cet enfoncement subsiste pendant toute la vie sans causer le moindre inconvénient.

Un coup donné à la tête ne produit pas toujours son effet uniquement dans l'endroit de la percussion : quelquefois la partie frappée résiste, tandis qu'une autre partie du crâne est lésée comme si elle eût été frappée immédiatement ; c'est ce qu'on nomme un contre-coup, genre de lésion qu'Hippocrate (1) a

(1) Quod infortunium ubi accidit, nihil est quod juvare possis, quoniam ubi hoc malum sit, nulla via deprehendere licet, homo ne id patiatur, aut qua parte calvariæ. *De vuln. Capit.*

cru mortelle, parce que le mal n'existant pas dans l'endroit frappé, il est impossible de savoir quel est son siége. Le crâne, composé de parties osseuses, inégales en force, en épaisseur, en résistance, en élasticité, résiste dans le point frappé, et cède dans les parties voisines ou dans celles qui sont opposées au coup. La partie foible cède à la force et à la direction du coup : celle qui est plus forte lui résiste. Ainsi la table interne de l'os frappé peut se fracturer, tandis que l'externe conserve son intégrité. L'os frappé peut résister, et la fracture se trouver à un ou à plusieurs os voisins. Cette fracture est quelquefois à l'os diamétralement opposé à celui qui a reçu le coup. Enfin il peut exister en même temps une double fracture, savoir une à l'os frappé et l'autre à celui qui lui est opposé : c'est ce que l'on nomme contrefracture. Les effets du contre-coup ne se bornent pas aux parties dures, ils s'étendent jusqu'aux parties molles. La commotion du cerveau et l'épanchement de sang dans un lieu souvent inconnu et éloigné de la fracture, en sont les suites ordinaires. En effet, l'impression du coup n'a pu être transmise d'un côté de la tête à l'autre, sans ébranler toute la masse cérébrale, et sans rompre plusieurs vaisseaux sanguins.

Le diagnostic d'une maladie aussi compliquée est nécessairement obscur et difficile à saisir. On n'a que des signes rationnels toujours insuffisans pour connoître le lieu de l'épanchement, celui de la fracture et le degré de commotion du cerveau. L'observation suivante, si célèbre dans les fastes de l'art, en est la preuve. Le roi de France, Henri II, reçut dans un tournoi, en 1559, un très-grand coup de lance dont l'éclat le frappa au-dessous du sourcil droit, avec dilacération de la peau; plusieurs fragmens pénétrèrent dans l'œil sans fracturer le crâne. Ce roi mourut le onzième jour de sa blessure, et l'on trouva dans la partie du crâne opposée au coup, vers le milieu de l'occipital, du sang épanché entre la dure-mère et la pie-mère, avec altération du cerveau (1).

Une commotion du cerveau jette à l'instant le malade dans la stupeur; il perd la connoissance, le sentiment et le mouvement. Ceux dont le cerveau a été fortement ébranlé par une cause quelconque, dit Hippocrate, perdent aussi-tôt la faculté de parler, de voir, d'entendre et sont à demi-morts. Ils meurent en effet dans un espace de temps assez court,

(1) Paré, liv. 10, chap. 9.

si la commotion est forte ; et comme on trouve presque toujours un épanchement de sang dans la substance du cerveau ou entre les membranes de ce viscère, il est difficile de décider si c'est à la commotion seule ou à l'épanchement de sang que l'on doit attribuer la mort du malade. Des observations multipliées ont appris que les symptômes de la commotion se manifestent à l'instant même de la chute ou du coup ; ce qui a fait dire à Petit, que toutes les fois qu'à l'instant d'un coup ou d'une chute sur la tête, un blessé tombe dans l'assoupissement, c'est à la commotion qu'on doit rapporter ce symptôme, parce qu'elle existe dès le premier instant du coup ; tandis que si un blessé donne sur-le-champ des marques d'un jugement sain, s'il peut dire de quelle manière il a été frappé, et si après cela, le jour même ou le lendemain, il tombe dans l'assoupissement, on doit en conclure qu'il n'y a point eu de commotion, ou du moins qu'elle a été légère, et regarder l'assoupissement comme l'effet d'un épanchement plus ou moins prompt et plus ou moins grand.

Indépendamment de cette perte subite de connoissance, qui résulte de la commotion du cerveau, les prunelles sont dilatées et ne

se resserrent point à la présence de la lumière ; les déjections stercorales et urinaires se font involontairement ou sont totalement supprimées, le pouls est foible, peu développé et devient ensuite fiévreux, quelques-unes des extrémités sont comme paralysées ou affectées de mouvemens convulsifs. Si la mort ne survient pas promptement, le délire, les vertiges, la perte de mémoire, la foiblesse d'esprit, un air d'imbécillité succèdent à ces symptômes primitifs. On remédie à cet état de stupeur et d'inertie par la saignée que l'on multiplie en raison de la force du malade, par des médicamens stimulans, tels que des boissons émétisées, l'application des emplâtres vésicatoires aux jambes, les lavemens purgatifs. Ces remèdes, qui paroissent indiqués dans la commotion, sont inutiles ou nuisibles dans la stupeur apoplectique que produit le sang épanché qui comprime le cerveau : et la difficulté de distinguer ces deux états souvent inséparables est extrême. La compression du cerveau causée par l'épanchement de sang, jette de même le malade dans un assoupissement léthargique, qui ne peut cesser que par l'évacuation du sang épanché. La difficulté consiste à savoir où est ce fluide, et s'il est possible de l'évacuer. On

doit commencer par raser toute la tête, et l'examiner ensuite avec la plus grande attention. S'il existe une fracture dans un lieu éloigné de celui de la percussion et sans lésion sensible des tégumens, il se manifeste assez ordinairement dans l'endroit où elle est une tumeur molle, pâteuse, douloureuse, dont on favorise l'apparition par l'application d'un cataplasme émollient. Le blessé, malgré l'assoupissement, porte involontairement sa main dans l'endroit qui répond à celui de la lésion du crâne ou du cerveau. Ce mouvement involontaire et automatique est un signe de plus, qui aide à découvrir le siége du contre-coup. La tumeur ouverte, si le péricrâne est détaché, si la fracture est apparente, on doit appliquer le trépan dans cet endroit, avec l'espérance de trouver le sang épanché sous la fracture, quoique cela ne soit pas toujours certain; car il est encore possible que la fracture soit d'un côté et que l'épanchement soit de l'autre. Nous disons qu'il faut appliquer le trépan pour donner issue au sang, parce que nous sommes persuadés que ce fluide hors de ses vaisseaux, n'est absorbé qu'avec beaucoup de difficulté, même après un laps de temps considérable, malgré la diète, les saignées, les évacuans,

et tous les remèdes par lesquels on croit pouvoir favoriser cette absorption. S'il est coagulé, l'absorption en est impossible : la compression qu'il exerce sur le cerveau subsiste, et l'on trouve après la mort des caillots plus ou moins durs qui n'ont point subi d'altération sensible.

Lorsque la table interne est fracturée, ou qu'un fragment qui s'en est détaché pique et comprime la dure-mère ou le cerveau, la table externe étant dans son intégrité, le malade assoupi ne peut rendre compte de son état, cette fracture n'est pas apparente, elle n'a pu se faire sans que le cerveau n'ait éprouvé une commotion ; il y a en même temps épanchement de sang sous la fracture ou dans un lieu qui en est plus ou moins éloigné ; la pie-mère est enflammée, ses vaisseaux sont très-engorgés, et le malade périt dans un espace de temps fort court, soit qu'on le trépane ou qu'on ne le trépane pas. Il en est de même des fractures qui se prolongent jusqu'à la base du crâne, et qui sont nécessairement mortelles, par l'impossibilité où l'on est de remédier à une maladie dont le siége est inconnu ou inaccessible aux secours de l'art.

L'assoupissement apoplectique que cause un épanchement de sang, est ordinairement

compliqué de la paralysie de l'un des côtés du corps ou de l'une des extrémités. Cet accident indique que la cause qui comprime le cerveau réside dans ce viscère du côté opposé à la paralysie : en sorte que si c'est la partie droite du cerveau qui est comprimée, la paralysie occupe le côté gauche du corps, et réciproquement. Ce phénomène s'explique par le croisement des nerfs dans leur origine médullaire. Il en résulte que s'il est possible de sauver le malade en le trépanant, cette opération doit être faite du côté opposé à la paralysie, puisque c'est de ce côté qu'est le siége du mal. On a, par la même raison, recommandé, dans le choix des saignées, de préférer celle de la veine jugulaire à toute autre, et de la faire du côté qui n'est point paralysé. S'il y a tout à-la-fois convulsion d'un côté du corps, et paralysie de l'autre côté, la convulsion attaque ordinairement le côté qui répond à la lésion du cerveau ; mais quand un malade n'a que des mouvemens convulsif dans un côté, sans paralysie, le siége du mal est du côté opposé à la convulsion. Enfin le célèbre Lapeyronie, et Petit de Namur, ont remarqué que dans les lésions des lobes postérieurs du cerveau ou du cervelet, les malades éprouvoient une sensibilité ex-

traordinaire, étoient toujours en agitation, remuoient les extrémités inférieures comme par convulsion et les retiroient avec vivacité, pour peu qu'on les touchât. Il résulte de toutes ces observations bien méditées, qu'il est possible de reconnoître, avec plus ou moins de certitude, si le siége du mal est au côté droit ou au côté gauche de la tête, mais sans pouvoir assurer positivement dans quel endroit du cerveau est l'épanchement, si c'est dans le centre de ce viscère ou à sa surface, s'il est possible d'y remédier par le trépan, ou si la maladie est supérieure à toutes les ressources de l'art, lors, par exemple, que la fracture est à la base du crâne, ou bien lorsque l'épanchement n'est pas où est la fracture, mais dans un lieu qui en est éloigné. Aussi le trépan n'est-il utile et salutaire, en général, que dans les cas où la maladie est absolument extérieure, apparente et circonscrite dans un petit espace.

Les plaies du cerveau, si graves par elles-mêmes, ne sont susceptibles de guérison que lorsqu'elles sont superficielles, lorsque le pus qu'elles fournissent a une issue libre et qu'elles ne sont point compliquées de commotion, la violence du coup n'ayant agi que sur le crâne. S'il est fracturé avec enfoncement des pièces

osseuses à travers la dure-mère, l'indication est alors nette et précise. Elle consiste à extraire, soit avec des pinces, soit par le trépan, ces fragmens osseux ou le corps étranger qui a fait la plaie, à inciser la dure-mère si elle est livide, brune, tuméfiée, et à s'opposer ensuite que le pus, par son séjour, ne fuse et ne s'insinue profondément dans la substance molle du cerveau. Une pièce d'os qui a pénétré dans ce viscère, l'irrite par sa présence et produit une suppuration séreuse de mauvaise qualité. Peu à peu la substance corticale se tuméfie, devient blanchâtre, livide, molle, indolente, passe à travers la crevasse ou l'incision de la dure-mère, et s'élève, par son volume, au-dessus du niveau des os du crâne. C'est ce que l'on nomme une tumeur fungueuse du cerveau. Si elle est considérable, on doit en faire la résection avec l'instrument tranchant, en coupant à-peu-près au niveau de la substance saine du cerveau, et non pas trop profondément, dans la crainte d'une hémorrhagie, et traiter ensuite l'ulcération de ce viscère par l'application de la charpie imbibée d'huile de térébenthine. On continue l'usage de ce médicament jusqu'à ce que l'ulcère soit détergé : et l'on reconnoît que la détersion est complète, lorsqu'il s'élève de

la

la surface du cerveau une chair rougeâtre, pulpeuse et sensible. Les malades qui survivent à cet accident n'ont point perdu, comme on pourroit le présumer, une grande portion de ce viscère. Le volume de la tumeur fait illusion, mais elle est essentiellement formée par le développement des vaisseaux sanguins de la substance corticale du cerveau et par ceux de la pie-mère. On s'oppose au séjour du pus qui n'a pas un écoulement libre, en pansant fréquemment le malade; procédé préférable, en général, aux injections détersives qui ont l'inconvénient d'irriter, de comprimer le cerveau, d'en ramollir la substauce, malgré l'attention de se servir d'une seringue dont le tuyau soit percé de plusieurs trous, d'en pousser doucement le piston, afin que la liqueur se répande lentement et uniformément. L'usage d'une canule d'argent, un peu courbe, longue de trois à quatre pouces, du diamètre d'une plume à écrire, que l'on enveloppe de charpie, et dont une des extrémités est fixée dans le fond de l'ulcère, a souvent été utile. Plusieurs observations apprennent que des malades n'ont pu guérir qu'en gardant pendant plusieurs mois une semblable canule, qui absorboit le pus d'un ulcère un peu profond, situé à la partie supé-

rieure du cerveau où ce fluide retenu n'avoit point de pente pour s'échapper. Après une grande perte de substance aux os du crâne, la dure-mère, quoique devenue plus épaisse que dans l'état naturel, n'a point assez de fermeté pour garantir le cerveau de l'impression des corps extérieurs. On supplée à la portion osseuse qui a été détruite, en appliquant sur la cicatrice une plaque de carton ou de cuir doux que l'on fixe autour de la tête avec un ruban. Cette espèce d'écusson, en exerçant une compression modérée, est encore utile pour s'opposer à la protubérance ou hernie du cerveau.

C.

PLAIES DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

Elles sont simples ou compliquées : les unes et les autres ont pour symptômes généraux l'émission de l'air à travers les lèvres de la plaie, la perte de la parole et quelquefois l'emphysème. Celles qui ne sont compliquées ni d'hémorrhagie, ni d'emphysème, ni de perte de substance, se guérissent facilement par des procédés analogues à ceux qu'on emploie pour la réunion des plaies en général. Cette réunion est encore plus facile à

obtenir, lorsque la trachée-artère a été divisée longitudinalement, que lorsqu'elle l'a été transversalement. Si la plaie a une certaine étendue et est avec hémorrhagie, la première indication à remplir, est de s'opposer à l'effusion du sang dans la trachée-artère, accident qui pourroit devenir mortel. On ne doit point, dans ce cas, procéder sur le champ à la réunion de la plaie : on doit, au contraire, la maintenir ouverte, afin que le sang ait une issue libre au-dehors.

Un homme avoit une violente esquinancie pour laquelle on fit l'opération de la bronchotomie, en incisant transversalement la trachée-artère. Cette opération étoit à peine achevée, que le sang s'écoula dans ce canal de la respiration ; ce qui produisit une toux convulsive et suffocante. L'ouverture très-petite de la trachée-artère n'étoit plus parallèle à celle des tégumens : la respiration étoit totalement interceptée. Le malade seroit mort si l'on n'eût agrandi cette plaie par une incision longitudinale, en coupant plusieurs des anneaux cartilagineux de la trachée-artère. Cet homme fut maintenu ayant la tête penchée hors de son lit et la face vers la terre, afin de procurer la sortie du sang au-dehors. L'hémorrhagie s'arrêta, et deux jours après,

on procéda à la réunion de la plaie. Ce malade fut parfaitement guéri (1).

Un homme se fit une plaie au larynx, entre les cartilages thyroïde et cricoïde. On fit aussi-tôt un point de suture aux tégumens pour procurer la réunion de cette plaie. Le malade parut être, à tous égards, dans une bonne situation. Malgré cette apparence favorable, il mourut subitement le cinquième jour de son accident. On ouvrit son cadavre, et l'on trouva la cause de cette mort si prompte dans l'ouverture d'une petite artère dont le sang n'ayant point une issue libre au-dehors, étoit tombé dans la trachée-artère où il s'étoit coagulé. La cavité de ce canal en étoit obturée. Le malade mourut suffoqué, l'air ne pouvant plus entrer dans les poumons : en retirant les caillots de sang, on vit qu'ils étoient divisés en branches qui s'étoient introduites jusque dans les ramifications de la trachée-artère (2).

Ces deux observations apprennent qu'on ne doit point rapprocher indistinctement les lèvres d'une plaie de la trachée-artère, dans l'intention de procurer une prompte réunion :

---

(1) Mémoires de l'Acad. de chirurgie, tom. 1, p. 581.

(2) Wilmer, Cases and remarks in Surgery, p. 92.

la première indication à remplir, est de s'opposer à l'effusion du sang dans ce canal aërien, et de laisser la plaie ouverte jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit complètement arrêtée.

L'excessive sensibilité du larynx, sa structure compliquée, le nombre et la grosseur des vaisseaux sanguins qui s'y distribuent, rendent, toutes choses égales d'ailleurs, les plaies de cette partie plus dangereuses que celles de la trachée-artère. On trouve dans le premier volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, plusieurs observations qui confirment cette assertion.

La réunion d'une plaie transversale de la trachée-artère s'obtient par l'application des emplâtres agglutinatifs sur les tégumens, et en maintenant la tête toujours inclinée en devant à l'aide d'un bandage. Quelquefois il est nécessaire de faire un ou deux points de suture entrecoupée aux tégumens, lorsque les bords de la plaie sont très-écartés, et surtout lorsque la peau lâche, ridée, comme dans les vieillards et les personnes très-maigres, se replie faute d'avoir un point d'appui suffisant. Cette suture contribue à procurer la réunion de la plaie de la trachée-artère. Quelques auteurs ont donné le conseil de faire la même opération à la trachée-artère,

lorsqu'elle a été divisée transversalement dans la plus grande partie de son diamètre. Cette manière de procéder a presque toujours causé des accidens graves, tels que la toux, la difficulté de respirer produites par irritation, par la tuméfaction inflammatoire de la membrane interne de ce canal si sensible à l'impression d'un corps étranger. Les fils peuvent user lentement les anneaux cartilagineux de la trachée-artère, sans que la plaie se cicatrise, et nous avons vu des fistules survenir après l'exfoliation de ces cartilages.

Une jeune femme, dans un accès de démence, se coupa avec un canif la trachée-artère, au-dessous du cartilage thyroïde. Elle perdit aussi-tôt beaucoup de sang et l'usage de la parole. On fit deux points de suture entrecoupée aux cartilages, et à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, on mit en contact les lèvres de la plaie des tégumens. Cette femme parut être dans une situation favorable le lendemain de son accident. Le troisième jour, elle eut une toux violente, et on s'apperçut, en levant l'appareil, que l'air s'échappoit avec bruit à travers la plaie pendant l'expiration. Des boissons adoucissantes furent employées pour calmer la toux, qui diminua peu à peu. Au bout de trois semaines, cette femme

fut en état de se lever. La plaie, dont la grandeur étoit diminuée, laissoit toujours échapper une certaine quantité d'air et de mucus. Quelques jours après, il survint tout-à-coup une difficulté de respirer si grande, que cette femme mourut dans l'espace de vingt-quatre heures, un mois après s'être blessée. L'examen du cadavre fit voir que la plaie des tégumens étoit cicatrisée, à l'exception d'un petit espace à travers lequel on put introduire un stilet qui pénétra dans la trachée-artère. La cicatrice des tégumens étoit très-adhérente au bord inférieur de la plaie de la trachée-artère non réunie. Il y avoit un écartement d'un demi-pouce entre les deux bords de cette plaie; écartement qui étoit rempli par des végétations charnues qui obturoient ce canal au point que l'air ne pouvoit plus y passer en suffisante quantité pour entrer dans les poumons. Lorsque la plaie des tégumens devint très-petite, l'air ne pouvant plus s'introduire ni par cette plaie extérieure, ni par le larynx, la difficulté de respirer commença, et la malade mourut suffoquée (1).

Parmi les fistules de la trachée-artère, les unes sont absolument incurables lorsqu'il y

(1) Wilmer, p. 90.

a perte de substance : les autres guérissent complètement par des procédés ordinaires.

Un soldat reçut immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde un coup de fusil, dont la balle détruisit toute la partie supérieure de la trachée-artère, avec lésion de l'œsophage dans une grande partie de son diamètre. La déglutition devint impossible : cette plaie, avec perte de substance, ne put se cicatriser, et il resta un vide irréparable produit par la destruction d'une partie du larynx et de la trachée-artère. On voyoit dans le fond de cette ouverture, l'œsophage ouvert dans lequel ce malheureux soldat s'introduisoit un tuyau pour faire passer la boisson et des alimens liquides jusque dans l'estomac. S'il les mettoit dans sa bouche comme pour les avaler, ils sortoient aussi-tôt par l'ulcère de l'œsophage ; aussi étoit-il privé du plaisir de les goûter et d'en apprécier la saveur (1).

Un jeune homme d'une vingtaine d'années étant en démence, se fit avec un rasoir une plaie transversale à la trachée-artère, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. On fit à cette plaie deux points de suture entrecoupée, qui embrassèrent tout à-la-fois

(1) Trioen, Obs. med. chirurg. p. 40.

les tégumens et quelques-uns des anneaux cartilagineux de la trachée-artère. Aussi-tôt il survint une tuméfaction considérable au col, les fils déchirèrent les lèvres de la plaie, et il se forma une cicatrice dure, inégale, protubérante, difforme, avec deux trous fistuleux. Dans cet état, le malade confié à nos soins, environ un mois après son accident, ne respiroit qu'avec la plus grande difficulté, ne pouvoit parler, et ne prononçoit quelques mots qu'avec effort et d'une voix foible et rauque. Un stilet introduit dans l'une et l'autre fistule, dont la direction étoit oblique, ne pénétra qu'avec difficulté dans la trachée-artère. Des cataplasmes et des emplâtres émolliens appliqués sur la cicatrice la ramollirent, excitèrent une suppuration salutaire qui opéra le dégorgement du tissu cellulaire soucutané et la guérison des fistules.

Un homme âgé d'environ trente ans se coupa de même la trachée-artère avec un rasoir, au-dessous du cartilage cricoïde. La plaie parut si grande, qu'on estima qu'il y avoit un pouce et demi d'intervalle entre le bord supérieur et le bord inférieur de la trachée-artère divisée transversalement. En conséquence, on crut qu'il étoit nécessaire de faire deux points de suture à ce canal, afin de mettre

en contact les bords de sa division. On fit ensuite deux autres points de suture aux tégumens. La douleur, l'irritation, la difficulté de respirer devinrent insupportables. Les lèvres de la plaie furent coupées par les fils, et la respiration devint un peu plus libre lorsqu'on les eut ôtés. Cette plaie n'étant point encore cicatrisée au bout de vingt jours, nous conseillâmes de l'abandonner en quelque sorte à elle-même, avec l'attention néanmoins de maintenir les lèvres de la plaie des tégumens rapprochées par des emplâtres agglutinatifs, et de tenir la tête constamment fléchie par le moyen d'un bandage. Peu à peu des chairs vermeilles et grenues se firent appercevoir à l'endroit où la trachée-artère étoit divisée, et la cicatrice se forma par ce procédé si simple.

Quelquefois la fistule est entretenue par la dénudation d'un cartilage dont on doit attendre ou procurer l'exfoliation (1). Si la perte de substance devient un obstacle à la cicatrisation de la plaie, on ferme cette ouverture par l'application d'une éponge fine qui fait fonction d'obturateur. L'emphysème, lorsqu'il est médiocre, se dissipe de lui-même

---

(1) Scultet, Appendix observation. obs. 19.

à mesure que la plaie de la trachée-artère se cicatrise. S'il est considérable, on y remédie en incisant les tégumens, afin de rendre parallèles deux ouvertures dont la direction est oblique.

C I.

PLAIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Si l'on fait sur un cadavre une incision transversale et profonde entre l'os hyoïde et les cartilages thyroïdes, en coupant la peau, le tissu cellulaire, les muscles hyo-thyroïdiens et les sterno-hyoïdiens, ainsi que la partie antérieure du pharynx, il résultera de cette section une plaie très-large, telle qu'on l'a observée plusieurs fois sur des hommes en démence, et qui ont attenté à leur propre vie. Dans le fond de cette plaie, et un peu supérieurement, est l'épiglotte, mobile, isolée, sans appui. L'os hyoïde est tiré en haut et le larynx en bas, par la rétraction des muscles qui s'y attachent. L'écartement est considérable entre le bord supérieur et le bord inférieur de cette division transversale du pharynx. Le malade ne peut ni parler ni avaler; la boisson qu'on essaie de lui faire prendre sort par la plaie, et tombe en partie sur la

glotte, ce qui excite une toux convulsive et suffocante. La sécheresse du gosier devient excessive par l'écoulement continuel de la salive, malgré l'application de l'appareil. Si l'on suppose qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, aucun vaisseau considérable n'étant ouvert, cette plaie n'en est pas moins très-grave, par la difficulté d'en réunir les bords, qui sont très-écartés. D'ailleurs le pharynx est un conduit charnu, membraneux, mais mince et sans solidité.

On lit dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie (1), qu'un homme âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament robuste et en démence, se fit une plaie transversale entre l'os hyoïde et les cartilages thyroïdes, avec ouverture de la partie antérieure du pharynx. Trois points de suture entrecoupée s'opposèrent d'abord à la sortie des alimens liquides par la plaie, quoique cette suture ne comprît que la peau et quelques portions des chairs voisines. Les fils ne parurent nécessaires que pendant les deux ou trois premiers jours : on les coupa, parce que les lèvres de la plaie se renversoient en dedans. La situation convenable dans laquelle le blessé fut maintenu par

(1) Tome 3, p. 78.

un bandage approprié, parut suffisante pour tenir les lèvres de cette plaie rapprochées : et il est dit positivement, que le malade fut parfaitement guéri dans l'espace d'une quinzaine de jours, malgré le danger d'une autre plaie qu'il s'étoit faite au bas-ventre avec issue d'intestin et d'épiploon.

Sans doute cette plaie du pharynx avoit peu d'étendue, puisqu'elle s'est cicatrisée en si peu de temps; ce qui n'en est pas moins extraordinaire, la plupart des malades ne guérissant point par un procédé aussi simple. Ceux que nous avons vus avec de semblables blessures, étoient tourmentés par la soif, et sont morts dans l'espace de quelques jours avec disposition gangréneuse dans le fond de la plaie devenue sèche et aride. Les points de suture ne rapprochant pas les bords de la division transversale du pharynx sont presque toujours insuffisans. L'indication curative consiste à s'opposer à l'issue de la boisson et des alimens par la plaie, et à empêcher qu'ils ne tombent sur la glotte, en introduisant par la bouche, et non par les narines, une sonde un peu longue de gomme élastique qui descende jusque dans l'œsophage, et par laquelle on injecte plusieurs fois le jour avec une seringue, de la tisanne et des alimens

liquides délayés dans du bouillon. Comme il est très-douteux que le malade puisse garder la sonde dans son gosier, on répète trois ou quatre fois le jour cette opération, avec l'attention de bien placer la sonde, pour que l'injection ne pénètre que dans l'œsophage. Il est sans doute utile de maintenir avec une bande la tête du malade inclinée vers le sternum, et de rapprocher les lèvres de la plaie à l'aide d'emplâtres agglutinatifs; mais ces emplâtres, humectés par l'écoulement continuel de la salive ont peu d'efficacité, du moins pendant les premiers jours. La sonde est le remède essentiel pour obtenir, s'il est possible, la réunion d'une semblable plaie. Sa direction transversale et oblique de gauche à droite, fait présumer qu'elle a été faite par le malade lui-même : c'est un des signes qui sert à distinguer le suicide de l'assassinat.

Une plaie dans laquelle la moitié antérieure de l'œsophage seroit divisée transversalement, suppose une section totale de la trachée-artère. Cette lésion est nécessairement mortelle, par l'impossibilité de pouvoir en procurer la réunion, malgré l'introduction réitérée de la sonde dans l'œsophage. D'ailleurs cette plaie est presque toujours compliquée d'une hémorrhagie qui fait périr le malade

dans un espace de temps fort court. L'observation suivante fera voir quel est le résultat ordinaire d'une plaie de cette nature.

Un homme qui étoit en démence se fit une plaie transversale au col avec un rasoir. Les tégumens, toute la trachée-artère et la partie antérieure de l'œsophage, dont il ne restoit que l'étendue d'environ deux lignes dans sa partie postérieure, furent coupés transversalement. Cette plaie avoit cinq grands travers de doigt de longueur. Elle n'étoit cependant pas compliquée d'hémorrhagie, aucun vaisseau considérable n'étant ouvert. On fit plusieurs points de suture qui contribuèrent à rendre au malade la parole qu'il avoit perdue. La boisson qu'on lui fit prendre ne pénétra point jusque dans l'estomac, la déglutition étant devenue impossible. Il mourut le lendemain de sa blessure (1).

On pourroit présumer qu'une plaie longitudinale faite à la partie latérale de l'œsophage, seroit beaucoup plus facile à guérir, d'après ce que les auteurs ont écrit en faveur de l'œsophagotomie; mais cette opération n'a jamais été exécutée que sur des cadavres, et nous doutons qu'une personne de l'art soit

(1) Saviard, obs. 58.

assez téméraire pour la faire sur un homme vivant.

CII.

PLAIES DE POITRINE.

Les unes pénètrent dans la cavité de la poitrine, les autres n'y pénètrent point. Ces dernières, lorsqu'elles sont produites par des instrumens tranchans et qu'elles ne présentent d'autre indication curative que la réunion, comme dans la section de la peau, dans celle des muscles grand dorsal, grand pectoral, ne diffèrent point essentiellement des plaies simples des autres parties du corps, et se guérissent par les mêmes procédés. Mais si l'instrument a été porté avec violence sur l'enceinte de la poitrine; si la force de percussion a été assez considérable pour agir sur les poumons, le cœur, les gros vaisseaux, et déterminer sur ces parties molles une commotion, une espèce de contre-coup; la plaie, quoique simple en apparence et ne pénétrant point dans la cavité de la poitrine, peut néanmoins être suivie d'accidens graves, soit primitifs, soit consécutifs, tels que l'inflammation des poumons, le crachement de sang, la difficulté de respirer, comme on l'observe

dans les plaies contuses de cette partie, dans celles par armes à feu. Ainsi un coup donné sur les vertèbres dorsales a déterminé consécutivement une dilatation du cœur, un anévrisme de l'aorte.

Les plaies qui ne pénètrent point dans la poitrine, et qui sont faites par un instrument étroit et piquant, tel qu'une épée, sont quelquefois compliquées d'un emphysème partiel, peu considérable, lorsqu'elles sont obliques, qu'elles parcourent un long trajet, et qu'elles aboutissent dans un endroit où le tissu cellulaire est lâche et abondant, comme dans le voisinage de l'aisselle, de l'omoplate, sous le muscle grand dorsal, grand pectoral. L'air extérieur introduit dans ce tissu, s'y raréfie, n'a plus d'issue pour s'échapper au-dehors, lorsque l'ouverture trop étroite de cette plaie n'a point été agrandie par incision.

Il est presque impossible qu'une plaie pénètre dans la cavité de la poitrine sans que les poumons ne soient plus ou moins lésés : et le danger de cette lésion est en raison de sa profondeur, de sa situation et de la grandeur de l'instrument qui a blessé. Une plaie faite aux poumons par une épée étroite, produit rarement une hémorrhagie, à moins que quelques-uns des gros vaisseaux de ce

viscère n'aient été ouverts. Hors de cette circonstance, le malade crache du sang, a de la toux, de la difficulté de respirer, de la fièvre, et doit être traité comme s'il avoit une péripneumonie. La diète, les saignées, le repos, le silence, les boissons adoucissantes sont en général les remèdes de cette lésion. C'est une inflammation dont il faut tâcher de procurer la résolution: elle se termine quelquefois par suppuration après la disparition des premiers accidens. Un homme reçut au-dessous du mamelon un coup d'épée qui traversa la poitrine de devant en arrière. Il n'éprouva d'abord que des accidens légers qui se dissipèrent dans un espace de temps assez court pour faire croire que la maladie étoit complètement terminée. Environ quarante jours après cette guérison illusoire, il eut de la fièvre et de la difficulté de respirer. Trois jours après, il rendit du pus par la bouche, et eut le bonheur de guérir radicalement (1).

Si l'instrument qui a blessé est large, et s'il a été plongé dans la substance du poumon, l'hémorrhagie est considérable, le sang s'épanche aussi-tôt dans la cavité de la poitrine et sort en même temps par la plaie; le malade

(1) Pigray, Epitome, lib. 4, cap. 14.

a de la toux, et en rejette une partie par la bouche : l'air sort avec sifflement de la cavité de la poitrine ; et si la plaie extérieure n'est point parallèle à celle des poumons, il se forme un emphysème. Le danger d'une pareille lésion dépend de la profondeur de la plaie dans laquelle des vaisseaux sanguins plus ou moins grands ont été ouverts. Quelques-uns des malades guérissent, tandis que d'autres meurent dans un espace de temps fort court.

Pendant les troubles qui s'élevèrent en France, un homme reçut un coup de poignard dans la partie latérale droite et moyenne de la poitrine. Aussi-tôt son visage devint très-pâle, et les extrémités de son corps se réfroidirent. La respiration fut comme interrompue avec oppression, angoisses extrêmes, sans pouvoir se tenir couché ni sur le côté, ni sur le dos. Tout son corps étoit dans l'agitation. Il rendit, en toussant, beaucoup de sang vermeil et écumeux par la bouche. La plaie qui étoit étroite ne donna issue qu'à très-peu de sang. Cet homme vécut pendant vingt heures dans cet état d'agitation, ayant toujours le pouls foible et irrégulier. Après sa mort, nous trouvâmes la cavité droite de la poitrine pleine de sang en partie fluide et en partie coagulé,

avec une incision profonde dans la substance du poumon.

Plusieurs auteurs ont observé qu'une portion de ce viscère formoit quelquefois une protubérance hors de la poitrine, entre les côtes, lorsque la plaie avoit une certaine étendue. Il est hors de doute qu'on doit replacer cette espèce de tumeur herniaire, et la maintenir réduite par un appareil convenable. Les observations qui ont été recueillies à ce sujet, apprennent qu'on a lié ou excisé cette portion du poumon, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Fabrice de Hilden (1) rapporte qu'un homme fut blessé par une épée, entre la cinquième et sixième côte, près du sternum, avec issue d'une portion du poumon. En la touchant, on s'apperçut qu'elle étoit livide, et on l'excisa avec un fer rouge. Le reste de ce viscère fut replacé, après avoir agrandi, autant qu'il étoit possible, l'intervalle des côtes, en y introduisant un morceau de bois fabriqué en manière de coin. Le malade, malgré cette manière étrange de procéder, fut assez promptement guéri, et vécut sans éprouver aucune gêne dans la respiration.

(1) Centur. 2, obs. 32, p. 108.

Cette lividité apparente du poumon est le résultat de son exposition à l'air qui le dessèche et le flétrit, indépendamment de l'espèce d'étranglement qu'il éprouve en s'insinuant entre deux côtes. Elle ne prouve point que ce viscère soit absolument gangréné et qu'on doive en faire l'excision. Un auteur peu connu (1), et dont nous consignons ici l'observation, avoue s'être trompé en prenant cette couleur livide pour signe de mortification ou de gangrène. Un homme reçut dans le côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côte, un coup d'épée qui rendit la plaie très-grande au moment où l'on retira cet instrument. Une portion du poumon s'échappa au-dehors, se tuméfia et resta pendant trois ou quatre jours sans être réduite. Elle se flétrit, se dessécha, et on en fit l'excision en retranchant tout ce qui étoit protubérant entre deux côtes. En faisant tremper dans de l'eau cette portion de poumon, elle reprit sa couleur naturelle, comme elle l'auroit sans doute reprise, si on l'eût réduite au lieu de la couper. Néanmoins ce malade guérit parfaitement, et n'éprouva dans la

(1) Observations médicinales et chirurgicales par Loyseau, p. 25.

suite aucune difficulté de respirer, malgré la vie dure et pénible à laquelle il étoit assujetti.

Une erreur à-peu-près semblable fut commise sur un homme qui avoit une plaie pénétrante dans la partie antérieure et inférieure de la poitrine. Une petite portion du poumon s'échappa au-dehors : on crut que c'étoit l'épiploon, et on en fit sur le champ la ligature. Ruysch (1) consulté, reconnut l'erreur, conseilla de panser la plaie dans l'état où elle étoit, jusqu'à ce que la portion du poumon qui étoit liée tombât. Il ne survint aucun accident, et ce blessé fut parfaitement guéri.

La lésion de l'une des artères intercostales produit sur le champ une hémorrhagie très-apparente à l'extérieur et souvent considérable. Le sang sort au-dehors et s'épanche dans la cavité de la poitrine. Il sort sans interruption comme celui de toutes les artères ouvertes, et jaillit dans l'inspiration comme dans l'expiration, mais sans sifflement, sans être écumeux ni mêlé d'air, comme celui qui s'écouleroit d'une plaie profonde du poumon. Cette hémorrhagie ne peut être arrêtée que par compression, et pour la faire méthodi-

(1) Observat. anatom. chirurg. obs. 53.

quement, il est quelquefois nécessaire d'agrandir la plaie par incision. En portant le doigt sur l'artère ouverte, l'hémorrhagie s'arrête ; ce qui indique visiblement qu'il ne faut ni aiguilles, ni instrumens particuliers pour suspendre le cours du sang. Il suffit d'introduire entre les côtes une tente, un linge fin rempli de charpie, qu'on laisse pendant quatre ou cinq jours sans l'ôter et qui comprime exactement le vaisseau ouvert. Alors l'hémorrhagie arrêtée, la plaie qui est suffisamment grande donne issue, pendant quelques jours, à un fluide rougeâtre et puriforme : si le poumon n'est pas sensiblement lésé, la guérison est prompte et facile par le procédé qu'on indique. Celui qui a été employé pour arrêter une hémorrhagie produite par la lésion de l'artère mammaire interne, est encore analogue au précédent. Un homme reçut un coup d'épée qui glissa obliquement dans l'intervalle de l'une des portions cartilagineuses des premières vraies côtes. La plaie avoit peu d'étendue, mais l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire de la partie latérale et antérieure de la poitrine fut considérable. On incisa les tégumens qui recouvroient cette tumeur sanguine, et l'on ôta d'abord plusieurs caillots. L'hémorrhagie fut ensuite arrêtée,

en introduisant une spatule garnie d'agaric qui appuyoit de dedans en dehors, sous la portion cartilagineuse d'une côte, et sous la partie latérale du sternum. L'artère ouverte fut comprimée très-exactement par ce procédé continué pendant plusieurs jours et plusieurs nuits sans interruption, et dirigé par une personne de l'art.

L'épanchement du sang dans l'une des cavités de la poitrine, à la suite de la lésion du poumon, se fait promptement ou lentement. Il est considérable ou médiocre, en raison du nombre, de la grosseur des vaisseaux ouverts, et de la lésion plus ou moins profonde du poumon. Différentes causes contribuent à faire séjourner ce fluide dans la cavité de la poitrine à mesure qu'il s'y épanche. Telles sont la situation de la plaie à la partie supérieure de cette cavité, son peu d'étendue, son obliquité, son obturation par de la charpie, par un appareil compressif, l'attitude du malade qui ne garde point celle qui est favorable à l'issue du sang.

L'épanchement est consécutif, lorsque la plaie du poumon est petite, lorsque ses bords se tuméfient, s'enflamment, ou sont fermés par un caillot qui ne se détache qu'au bout d'un certain temps par la violence ou la con-

tinuité de la toux. Au contraire, il est primitif quand la plaie du poumon est profonde et a beaucoup d'étendue. Dans ce dernier cas, l'issue de la maladie est différente, selon l'intensité et la durée de l'hémorrhagie. Les uns périssent promptement avec la poitrine pleine de sang ; d'autres guérissent, parce que l'hémorrhagie s'arrête, et que le sang a une issue libre au-dehors. Voici des observations qui confirment ce pronostic.

Un homme reçut un coup d'épée dans la partie moyenne et antérieure de la poitrine. Il éprouva au même instant des sueurs froides, des syncopes, et eut une si grande suffocation, qu'il étoit obligé de se tenir courbé afin de respirer. Son pouls devint petit, concentré, irrégulier. La plaie, qui étoit étroite, laissoit échapper de l'air mêlé d'un sang écumeux. Ces accidens devinrent si pressans, qu'on crut que cet homme périroit dans la journée. On agrandit la plaie dans l'espérance de donner issue à du sang épanché. Il s'en écoula effectivement qui étoit noirâtre, en partie fluide et en partie coagulé. Le malade fut soulagé, et eut la respiratiou un peu plus libre. Mais le sang continuant de sortir par la plaie pendant toute la nuit, les forces de cet homme s'affoiblirent, et il mourut envi-

ron trente heures après avoir été blessé. Nous trouvâmes la cavité droite de la poitrine encore remplie de sang coagulé. Le poumon étoit profondément divisé dans sa partie supérieure.

Un malade, dont Pechlin nous a conservé l'histoire, et qui avoit de même un épanchement de sang, avec continuation d'hémorrhagie du poumon, fut plus heureux. Il avoit reçu un coup d'épée entre la cinquième et la sixième côte, à la distance de deux travers de doigts du sternum. La plaie, qui étoit étroite, fut agrandie et donna issue tous les jours à environ huit à dix onces de sang. L'hémorrhagie intérieure persévéra pendant les vingt premiers jours de la maladie, après lesquels il s'établit une suppuration considérable. Malgré tous ces accidens, ce malade, qui étoit jeune, eut le bonheur de guérir dans l'espace de deux à trois mois (1).

Un soldat reçut un coup de bayonnette qui pénétra dans la poitrine un pouce au-dessous du mamelon droit. A l'instant de cette blessure, il devint froid, presque sans pouls et sans respiration. La plaie avoit un pouce de

(1) Haller, Disputat. chirurg. selectæ, tom. 2, p. 533.

largeur et ne fournissoit presque pas de sang, au moment où on le conduisit à l'hôpital. Il y fut pansé superficiellement : on le réchauffa et on le fit tenir couché sur le côté de sa plaie. On ne la dilata point, parce qu'elle paroissoit assez grande. Il en sortit, une demi-heure après qu'il fut couché, une telle quantité de sang, que le lit en fut mouillé, et que ce fluide se répandit même jusqu'à terre. Cette hémorrhagie ne venoit point de la lésion de l'artère intercostale, mais du poumon lui-même. Elle s'arrêta peu à peu au bout de quelques heures. Alors le pouls devint plus sensible, la respiration meilleure, et ce malade se ranima. On ne le saigna point, à cause de la grande quantité de sang qu'il avoit perdu et qu'il continua de perdre encore, quoiqu'en petite quantité, pendant vingt-quatre heures. Il ne survint aucun accident. Six jours après sa blessure, il pouvoit s'asseoir et se tourner à volonté dans son lit. Enfin il fut parfaitement guéri en moins de trois semaines (1).

Le sang épanché dans une des cavités de la poitrine, produit des accidens si graves et si pressans, que le malade périt de suffoca-

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 68, ann. 1786, p. 450.

tion, si l'on ne donne issue à ce fluide. On en procure l'évacuation, en faisant coucher le malade sur le côté blessé, lorsque la plaie est située favorablement à la partie déclive de la poitrine, lorsqu'elle a une ouverture suffisamment grande, ou en l'agrandissant par incision lorsqu'elle est trop étroite, enfin en ouvrant la poitrine dans le lieu dit d'élection, lorsque la plaie est à la partie supérieure de cette cavité. Après l'évacuation du sang, le malade périt pour l'ordinaire, si l'hémorrhagie continue et si elle est considérable : il peut guérir si elle s'arrête et si la lésion du poumon est légère. On ne doit donc point procurer trop promptement cette évacuation qui n'a pas la propriété d'arrêter l'hémorrhagie : elle peut même contribuer à l'augmenter, à moins que le malade ne soit dans un état évident de suffocation. On fait toujours cette opération sans succès, lorsque la plaie du poumon assez profonde pour fournir la matière d'un épanchement de sang, est encore compliquée de l'emphysème de ce viscère, ou de l'infiltration d'une grande quantité de sang dans son tissu cellulaire et parenchymateux. En effet, une plaie aussi grave ne présente pas toujours pour unique indication curative celle d'évacuer du sang

qui est épanché. Le danger est tout entier dans la lésion du poumon, qu'on ne voit point et dont il est quelquefois difficile de juger. Souvent on a pris un épanchement de sang dans le péricarde, sans lésion du cœur, accident mortel, pour un épanchement dans la cavité gauche de la poitrine. Quelquefois aussi on peut se faire illusion et croire qu'il y a épanchement, tandis que la suffocation que le malade éprouve dépend de ce que la substance du poumon est pour ainsi dire convertie en une substance solide par l'extravasation du sang dans le tissu de ce viscère qui se tuméfie, sans que l'air puisse entrer dans les vésicules aëriennes qui sont comprimées. Malgré cette difficulté dans le diagnostic, voici les signes qu'on observe le plus communément, et qui indiquent un épanchement de sang, soit primitif, soit consécutif. Il est d'abord évident qu'il y a lésion au poumon; ce que l'on reconnoît par le sang écumeux qui sort de la plaie, par celui que le malade crache en toussant ou qu'il rejette par flots; ainsi que par la sortie et l'entrée de l'air par cette même plaie. A l'instant où le malade est blessé, il tombe en syncope, a des sueurs froides, pour peu que l'hémorrhagie soit considérable, et son pouls devient foible et concentré. Quel-

ques jours après, malgré la diète, les saignées réitérées et le repos le plus absolu, la respiration devient courte, difficile, laborieuse, l'inspiration est plus facile que l'expiration. Le malade reste ordinairement couché sur le côté où est l'épanchement ; et ce côté est un peu plus ample, plus évasé vers sa partie inférieure que celui qui est sain, sur lequel le malade ne peut rester couché. S'il essaye de se tenir assis dans son lit, il ne peut garder cette position qu'en courbant son corps en devant, afin de mieux respirer. Il éprouve vers le cartilage xiphoïde et les parties latérales de la poitrine un sentiment de pesanteur, avec toux fréquente, ce qui le met dans un état de suffocation extrême. Chez quelques-uns, il se manifeste tardivement une large ecchymose ou tache violette, vers l'angle des fausses côtes postérieurement ; mais ce signe n'est pas constant. Il s'écoule, pour l'ordinaire, du sang par la plaie, à moins qu'elle ne soit très-petite, ou située à la partie supérieure de la poitrine. Enfin la suffocation produite par la lésion inflammatoire du poumon se dissipe, ou diminue sensiblement par les saignées, tandis qu'elle subsiste malgré ce secours, lorsqu'elle est le résultat d'un épanchement de sang. S'il est

vrai que des malades ont eu la respiration peu gênée, malgré la présence du sang épanché dans l'un des côtés de la poitrine, si d'autres ont pu rester couchés avec la même facilité sur le côté malade et sur le côté sain, ce qui n'est cependant pas ordinaire, on doit conclure de ces observations rares qu'il ne faut point prononcer d'après un seul signe, mais d'après la réunion du plus grand nombre. Le sang qu'on évacue est, comme on l'a dit, noirâtre, en partie fluide, en partie coagulé, souvent fétide et décomposé, lorsqu'il séjourne depuis quelques jours dans la poitrine. On ne doit jamais compter sur son absorption, car nous la croyons impossible. Des injections d'eau d'orge, d'eau de guimauve, sont quelquefois nécessaires pour faciliter l'expulsion des caillots. On introduit ensuite dans la plaie une bandelette de linge effilé qu'on recouvre d'un plumaceau de charpie. Le sang évacué, il se forme une suppuration d'abord puriforme, rougeâtre, puis purulente; car la plaie du poumon n'étant pas toujours simple, se termine souvent par suppuration, par un véritable empyème. Après la sortie du sang, il subsiste, pour l'ordinaire, une péripneumonie éminemment inflammatoire.

On voit, d'après tout ce qui vient d'être

dit, combien il est inutile et même nuisible de sonder une plaie de poitrine pour s'assurer, en mettant le malade dans l'attitude où il étoit quand il a été blessé, si elle pénètre, ou ne pénètre point dans cette cavité. Lors même qu'elle est évidemment pénétrante, elle peut se terminer d'une manière favorable, et doit être pansée superficiellement. Le danger n'est pas absolument dans la pénétration de la plaie : il est plutôt dans la lésion des parties intérieures; et cette lésion reste inconnue malgré l'introduction d'une sonde ou d'un stilet.

Les plaies du cœur sont nécessairement mortelles ; mais elles ne le sont pas toujours subitement. Un soldat reçut un coup d'épée qui pénétra daus l'une des cavités de cet organe, ainsi qu'on s'en assura après la mort, et cependant il survécut pendant neuf jours à cette blessure (1). Un jeune homme âgé de vingt-six ans reçut un coup d'épée au côté droit entre la troisième et la quatrième des vraies côtes. Il devint très-foible, eut une grande difficulté de respirer, et mourut au bout de quatre ou cinq jours. L'ouverture de son cadavre fit voir que le

(1) Rhodius, Obs. medic. centur. 2, obs. 39.

cœur avoit été percé de part en part, l'épée ayant passé du ventricule droit dans le ventricule gauche, à travers la cloison. La cavité de la poitrine étoit pleine de sang, et des caillots qui obturoient les plaies des ventricules avoient contribué à prolonger la vie (1).

Nous pensons aussi que les plaies du centre nerveux ou aponévrotique du diaphragme, sont toujours mortelles, à la différence de celles qui n'intéressent que la portion charnue de ce muscle, et dont nous avons parlé en traitant des hernies thorachiques. Voici les signes que nous avons pu recueillir de cette lésion. Le malade éprouve aussi-tôt un trouble et une agitation extrême. Il ressent vers les hypocondres une douleur aiguë, qui l'oblige de se tenir courbé en devant; il est saisi de toux, de hoquets, de mouvemens convulsifs, la respiration est très-gênée, le délire survient, les muscles de la face entrent en convulsion, les hoquets redoublent et ne finissent qu'avec la mort qui arrive dans les premiers jours après cette blessure.

L'emphysème dont nous avons déjà fait mention dans cet article, est une tumeur élastique de toute la surface du corps, ou d'une

---

(1) Saviard, obs. 113.

partie du corps, produite par de l'air accidentellement introduit dans le tissu cellulaire soucutané, à la suite d'une plaie de la trachée-artère, ou des poumons avec déchirement des vésicules aëriennes. Si la plaie des tégumens est oblique, étroite; si elle n'est point parallèle à celle de la trachée-artère ou des poumons, l'air ne trouvant point d'issue pour s'échapper au-dehors, s'insinue à chaque expiration dans le tissu cellulaire. La tuméfaction, d'abord partielle, devient générale et s'étend avec rapidité, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds, où le tissu cellulaire qui attache la peau à l'aponévrose palmaire et plantaire, est court, peu extensible, dense et serré (1). Si l'on fait des frictions sur la partie tuméfiée, l'air se déplace, la peau comprimée ne conserve point l'impression du doigt, comme dans l'œdème, et quand on la touche, on sent une sorte de crépitation. L'emphysème une fois formé, augmente de plus en plus, parce que l'air occupe insensiblement un plus grand espace, et parce qu'il s'en introduit toujours de nouveau sous les tégumens. Cette tumeur aërienne est encore

---

(1) Mery, Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1713.

un accident ordinaire de la fracture en dedans d'une côte, lorsque la peau est dans son intégrité. Dans ce cas, l'air remplit d'abord la cavité de la poitrine, comprime le poumon, s'insinue ensuite à travers la plèvre et les muscles intercostaux déchirés dans le tissu cellulaire soucutané, sans pouvoir s'échapper au-dehors. Le malade tousse, respire très-difficilement, crache du sang et est en danger de suffoquer, si l'art ne vient promptement à son secours. Ce déchirement d'une ou de plusieurs vésicules pulmonaires, d'où résulte une plaie toujours subsistante, est la cause efficiente de l'emphysème; car toute lésion du poumon ne produit point cet accident, parce que la simple piqûre d'une vésicule peut se fermer par une ecchymose, par un caillot de sang, par une légère tuméfaction qui en procure l'occlusion et empêche l'air de s'échapper (1).

L'indication curative consiste à empêcher que l'air ne continue de s'insinuer dans le tissu cellulaire et à donner issue à celui qui s'y est déjà introduit. C'est ce que l'on obtient,

(1) Hewson, Medical observations and inquiries, tom. 3, p. 372.—Hunter, ibid. tom. 2, p. 63.—Petit, Œuvres posthumes, tom. 1, p. 162.

en rendant la plaie des tégumens parallèle à celle qui est intérieure, et en faisant sur les parties qui sont le plus tuméfiées de petites incisions par lesquelles l'air s'échappe avec sifflement. Le malade est soulagé à l'instant, sa respiration devient plus libre, le poumon se dilate, et le sang dont le cours étoit intercepté dans cet organe, circule avec facilité. On remédie à cette stase du sang dans les poumons et à l'étouffement qui en est la suite par plusieurs saignées du bras. Les incisions doivent être maintenues ouvertes, afin que l'air ait une issue toujours libre et qu'on puisse l'évacuer en faisant des frictions sur la peau qu'il est utile d'affaisser par des bandes et des compresses imbibées de liqueurs spiritueuses. Malgré tous ces secours, la maladie est mortelle, lorsque les poumons sont devenus emphysémateux.

L'air contenu dans nos fluides s'en dégage par la putréfaction, ainsi qu'on l'observe dans les maladies éminemment putrides, dans la gangrène humide, dans certaines plaies d'armes à feu, dans les contusions assez fortes pour produire la gangrène, ainsi que dans les corps des personnes submergées qui surnagent lorsque la putréfaction commence. Cet emphysème est partiel et affecte rarement

toute l'habitude du corps. On y remédie, en détruisant, s'il est possible, la cause qui le produit et en administrant du quinquina, des boissons anti-putrides, en renouvellant l'air que le malade respire, en faisant des incisions sur les parties gangrénées.

CIII.

PLAIES DU BAS-VENTRE.

Les unes pénètrent dans la cavité du ventre et sont presque toujours compliquées de l'issue d'une portion d'intestin ou d'épiploon : les autres plus profondes et plus dangereuses, sont avec lésion de quelques-unes des parties contenues dans cette même cavité. Si un instrument piquant et tranchant, tel qu'une épée, un sabre, a fait une plaie à travers laquelle une portion d'épiploon s'est échappée hors du ventre, le malade est pris de hoquets, de nausées, de vomissemens, pour peu qu'on diffère de replacer cette partie de l'épiploon. Ce seroit commettre une faute grave que de l'exciser au niveau des tégumens : c'en seroit une plus grande que d'en faire la ligature. Il est constaté par une multitude d'observations, qu'on ne doit jamais

lier une partie saine de l'épiploon (1) : elle doit être réduite le plutôt possible; et si la plaie est trop étroite, on l'agrandit pour faire cesser l'étranglement que souffre la partie déplacée.

Si la plaie a été faite entre la première et la seconde fausse côte, du côté droit ou du côté gauche, de bas en haut, ou de haut en bas, à environ cinq travers de doigts du bord cartilagineux des côtes, il est possible qu'une portion d'épiploon s'échappe entre ces mêmes côtes. Dans ce cas, le diaphragme a été ouvert par l'instrument vulnérant, l'épiploon a passé du ventre dans la poitrine à travers la plaie du diaphragme pour sortir entre ces deux premières fausses côtes; accident qui n'arrive, à raison de l'obliquité du diaphragme, que lorsque la plaie est à la partie latérale et un peu antérieure de la poitrine.

On replace de même une portion saine d'intestin qui seroit sortie, et s'il y a nécessité d'agrandir la plaie pour opérer cette réduction, l'expérience apprend qu'il suffit presque toujours d'inciser la peau, sans couper les muscles et le péritoine : souvent même il est possible, sans agrandir la plaie, de replacer

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 3, p. 394.

les parties en mettant les muscles du ventre dans le relâchement, et en inclinant le malade sur le côté opposé à la blessure, afin que le poids et le volume des viscères ne s'opposent point à la réduction. Une semblable plaie peut être regardée jusqu'à un certain point comme simple, et n'exige en effet que des pansemens superficiels. On ne doit cependant pas négliger la diète, les saignées, les fomentations émollientes appliquées sur le ventre, et tout ce qui peut calmer l'inflammation de cette partie. Le malade doit observer le repos le plus absolu et ne faire aucun effort, dans la crainte d'occasionner de nouveau la sortie d'une portion d'intestin. C'est une observation constante, que dans la plupart des plaies du bas-ventre, qui sont même sans issue d'intestin et d'épiploon, il se manifeste soit par affection sympathique, soit par inflammation du péritoine et par l'irritation qui survient aux parties divisées, des hoquets, des nausées, des vomissemens et ensuite des déjections bilieuses. Ces accidens deviennent encore plus intenses, lorsque la plaie étant transversale et d'une assez grande étendue, on fait, pour la réunir, des points de suture, ou ce que l'on nomme la gastroraphie. On ajoute alors une irritation de plus à celle qui

existe, et l'on rend plus compliquée une maladie qui est très-grave par elle-même. Les mauvais effets de cette suture l'ont fait abandonner, et lorsqu'on l'a pratiquée, on a été obligé, quelques jours après, d'en couper les fils, pour faire cesser les accidens qu'ils produisoient. Une plaie transversale est susceptible de réunion par le repos, par l'application d'emplâtres agglutinatifs, par la situation qui met les muscles dans le relâchement, en faisant fléchir la poitrine sur le bassin, sans qu'il soit nécessaire de faire des points de suture. Ils sont sur-tout inutiles, lorsque la plaie est compliquée de contusion, de déchirement, lorsque les lèvres en sont très-écartées, et que l'indication première n'est pas de les maintenir rapprochées ; c'est ce que fait voir l'observation suivante.

Une femme âgée de cinquante-sept ans eut toute la circonférence du bas-ventre déchirée par un coup de corne de taureau, depuis l'os des îles du côté droit jusqu'à celui du côté gauche. Cette plaie transversale avoit environ quinze pouces de longueur et dix à onze pouces d'écartement. La plupart des intestins étoient hors du ventre. Après les avoir replacés, ainsi que l'épiploon, les lèvres de cette plaie contuse furent rapprochées difficile-

ment par douze points de suture entre-coupée, qui ne furent pas très-serrés. Des hoquets, des vomissemens, des déjections alvines très-fétides, la fièvre et des tiraillemens douloureux se manifestèrent. Les lèvres de la plaie devinrent gangréneuses : après la chute des escharres et d'une portion considérable de l'épiploon, une grande partie des intestins resta à découvert, par suite de la déperdition de substance. Malgré tant de complications, cette plaie pansée superficiellement fut cicatrisée dans l'espace de trois mois (1).

La réduction des parties étant faite, il est nécessaire d'introduire une bandelette de linge effilé entre les lèvres de la plaie et de la maintenir ouverte, si à l'instant de la blessure il y a eu hémorrhagie, afin de donner issue au sang qui a pu s'épancher dans le ventre. En faisant tenir le malade couché sur sa plaie, en exerçant de douces pressions sur le ventre, on facilite encore l'évacuation successive de ce fluide pendant les premiers jours, et si la quantité en est peu considérable, cette complication n'est point un obstacle absolu à la guérison. C'est au contraire

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 71, ann. 1787, p. 290.

un accident mortel, lorsque l'hémorrhagie intérieure continue et que le sang s'épanche promptement et en grande quantité. La contre-ouverture qu'on a conseillé de faire à la partie antérieure et inférieure du ventre, au-dessus de l'arcade crurale, pour donner issue à du sang qui s'est épanché dans cet endroit et où il forme une tumeur avec fluctuation, est une opération rarement suivie de succès (1). On ne pourroit la faire avec avantage que dans le cas où l'hémorrhagie étant arrêtée, les viscères sains, les accidents primitifs de l'inflammation dissipés, l'unique indication seroit d'évacuer un fluide stagnant dont la décomposition lente détermine une inflammation gangréneuse du bas-ventre. Ces conditions essentielles au succès de l'opération ne se rencontrent presque jamais, l'épanchement étant pour l'ordinaire compliqué de la lésion plus ou moins grande d'un viscère ou d'un intestin. Les signes de cet épanchement se manifestent quelque temps après la disparition des premiers accidens. Le ventre se tuméfie et redevient douloureux, les urines s'écoulent avec peine et irritation, la fièvre reparoît, le malade est dans l'anxiété, a la

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 1, p. 237.

respiration laborieuse et des nausées ; il se forme enfin une tumeur avec fluctuation, et souvent avec ecchymose dans l'une des régions hypogastriques; et c'est dans cet endroit que l'on a quelquefois pratiqué une incision longitudinale qui a procuré l'évacuation du sang épanché.

Quoiqu'il soit difficile à l'inspection d'une plaie étroite ou oblique, dont on ignore la profondeur et la direction, de décider si elle pénètre ou ne pénètre pas dans le ventre; et si un des viscères a été lésé, on ne doit point, pour acquérir cette connoissance, sonder la plaie, en mettant le malade à-peu-près dans l'attitude où il étoit quand il a été blessé. L'introduction de la sonde est douloureuse, inutile et n'apprend rien de positif. On s'instruit davantage en observant les signes propres à la lésion de chaque viscère, lesquels sont autant d'accidens primitifs, et en faisant attention à la situation particulière de la plaie.

Celle de l'estomac cause, dans la région épigastrique, une douleur qui est quelquefois si aiguë, qu'on ne peut, sans l'augmenter, appliquer la main sur cet endroit. Le malade a des vomissemens continuels, des hoquets, des nausées avec frissons, sueurs froides et syncopes. Il vomit du sang et en rend par

l'anus. Chez quelques-uns, le sang et les matières alimentaires s'épanchent dans le ventre, et ceux-là périssent promptement; chez d'autres, ces mêmes matières sortent par la plaie, lorsque celle des tégumens est grande et parallèle à celle de l'estomac. La fièvre et l'altération surviennent, les douleurs s'étendent sur le bas-ventre, et le sort du malade dépend du degré de lésion que l'estomac a souffert. Si la plaie a peu d'étendue et n'est point compliquée d'hémorrhagie, ni d'épanchement d'aliments dans le ventre, les vaisseaux sanguins de la grande et de la petite courbure de ce viscère n'ayant pas été ouverts, elle est susceptible de guérison. La saignée réitérée, la diète la plus sévère, les lavemens, l'application des fomentations émollientes, contribuent à opérer une cure qui est plutôt l'ouvrage de la nature que de l'art. Si la plaie de l'estomac correspond directement à une ouverture extérieure assez large pour que l'effusion des alimens se fasse librement au-dehors, le malade peut guérir encore. La plaie reste fistuleuse pendant quelque temps, et se cicatrise ensuite par l'adhérence mutuelle de l'estomac avec le péritoine et les parties voisines. On a plusieurs exemples de ces guéri-

sons (1). Cette blessure est au contraire incurable lorsqu'elle est avec perte de substance : elle dégénère en un ulcère fistuleux qui subsiste pendant toute la vie, et donne issue à la boisson et aux alimens (2). Il seroit donc inutile et nuisible de faire des points de suture à une grande plaie de l'estomac, comme quelques auteurs en ont donné le conseil. La protubérance de ce viscère entre les lèvres de la plaie des tégumens, l'adhérence qu'il contracte avec elles par inflammation, s'opposent à l'épanchement consécutif des alimens et de la boisson dans le ventre : si cet épanchement s'est fait primitivement, à l'instant de la blessure, la maladie est alors nécessairement mortelle.

Il en est de même des lésions des intestins. Une plaie oblique, étroite, faite par une épée, à un intestin grêle, donne lieu à un épanchement primitif de matières stercorales fluides qui s'accumulent sur la surface des intestins,

---

(1) Atkinson, Philosoph. Transactions, tom. 32, ann. 1722, p. 80. — Ido Wolf, obs. 27, p. 88. — Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 12, ann. 1760, p. 461. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, p. 593. — Desault, Journal de Chirurgie, tom. 3, p. 48.

(2) Journal de Médecine, de Chirurgie, par MM. Corvisart et Le Roux, tom. 3, p. 407, et tom. 4, p. 103.

près l'ouverture extérieure des tégumens, que l'on suppose ne point correspondre à celle de l'intestin. Ces matières sortent en partie par cette plaie cutanée qui ne se ferme point. Le malade rend du sang par l'anus; le ventre est plus ou moins tuméfié et douloureux : en le comprimant légèrement, on fait jaillir par la plaie, quoique très-petite, une liqueur brune et stercorale; enfin il se forme une inflammation gangréneuse sur la surface des intestins, qui fait périr le malade en peu de jours. Cet épanchement étant primitif, et la source ne pouvant en être tarie, il seroit inutile d'agrandir la plaie extérieure dans l'intention de procurer aux matières une issue plus grande au-dehors. Cette lésion est nécessairement mortelle. Il n'en est pas de même de celle du colon, qui toutes choses égales d'ailleurs est moins dangereuse, à raison de la largeur, de l'épaisseur de cet intestin, de sa situation fixe et invariable, lors toutefois que la plaie extérieure est grande, que celle de l'intestin est petite, et que l'une et l'autre sont parallèles. Alors les matières stercorales trouvant une issue libre au-dehors, ne s'épanchent point dans le ventre, s'il se fait une adhérence de l'intestin avec les lèvres de la plaie; et il est possible que le malade

guérisse, malgré le danger de cette blessure. On trouve en effet dans les auteurs plusieurs observations qui attestent ces guérisons que la nature opère en grande partie (1).

Dans la supposition qu'un intestin seroit ouvert longitudinalement ou transversalement, la plaie des tégumens ayant une grande étendue, on a conseillé de fixer d'abord l'intestin ouvert entre les lèvres de la plaie, afin d'en opérer le dégorgement en procurant aux matières stercorales une issue libre au-dehors et de réunir ensuite la plaie de l'intestin par des points de suture. Cette manière de procéder doit être rarement suivie de succès, si jamais elle a réussi. Une blessure aussi grave est compliquée d'un épanchement primitif ou consécutif, qui détruit tout espoir de guérison : et s'il est possible que le malade survive, il doit s'estimer très-heureux de guérir en conservant une fistule ou un anus contre nature.

On reconnoît que le grand lobe du foie est blessé par la situation de la plaie dans la région hypochondriaque droite, par l'hémor-

(1) Albucasis, lib. 2, sect. 85. — Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 41, ann. 1774, p. 560. — Vander Wiel, centur. 2, obs. 25. — Journal de Chirurgie par Desault, tom. 3, p. 54.

rhagie qui est plus ou moins forte, selon que la lésion est superficielle ou profonde, par une douleur vive au cartilage xiphoïde, aux fausses côtes, douleur qui répond à l'épaule droite; le ventre se tuméfie et devient douloureux; le malade a de la fièvre, des nausées, de l'altération. On remédie à tous ces accidens par des saignées réitérées, par une diète sévère, par l'application des fomentations émollientes, en un mot, par tous les moyens propres à dissiper l'inflammation. Si elle ne se termine point complètement par résolution, il se forme dans la substance du foie une suppuration qui fait périr le malade (1). La lésion du moyen lobe de ce viscère, dans la région épigastrique, est rarement simple et presque toujours compliquée de celle de l'épiploon, de l'estomac, de l'arc du colon.

Une plaie de la vésicule du fiel est nécessairement mortelle par l'effusion de la bile dans le ventre. Toutes les observations confirment ce pronostic, et rarement les malades survivent pendant sept à huit jours à cette blessure. La bile s'écoule en partie par la plaie qui devient livide et pâle; le ventre

(1) Tulpius, lib. 2, obs. 26.

se tuméfie comme dans la tympanite, et les intestins sont distendus par un fluide aëriforme ; il se fait peu à peu un épanchement considérable d'un fluide séreux et jaunâtre ; la constipation, l'insomnie, les hoquets, les vomissemens et la jaunisse surviennent ; le malade s'affoiblit, et meurt ordinairement deux ou trois jours après avoir été blessé (1).

Une plaie qui n'intéresseroit que la rate, sans lésion de l'épiploon, du diaphragme et autres parties voisines, seroit toujours mortelle par la grande quantité de sang qui s'épancheroit dans le ventre et par l'impossibilité de remédier à cette hémorrhagie intérieure. Tous ceux qui ont souffert une semblable blessure sont morts très-promptement des suites de l'épanchement de sang (2).

Une douleur aiguë et fixe dans la région lombaire, laquelle s'étend depuis la dernière côte jusqu'à la vessie, la rétraction du testicule, des vomissemens, des nausées, une tension douloureuse du bas-ventre, le pissement

(1) Philosoph. Transactions, ann. 1730, p. 341. — Salmuth, obs. 3, centur. 1.

(2) G. Clauder, Ephemerides medic. physic. acad. natur. curiosor. decur. 2, ann. 6, obs. 181, p. 366. — Tulpius, lib. 2, obs. 29.

de sang, la difficulté d'uriner, ou même la rétention d'urine occasionnée par des caillots de sang contenus dans la vessie, sont, indépendamment de la situation et de la direction de la plaie, des signes positifs de la lésion du rein. L'hémorrhagie ne se manifeste pas toujours à l'extérieur; au moment de l'accident elle est quelquefois consécutive : d'autres fois elle est intérieure et si considérable, qu'elle devient mortelle. Une plaie qui ne pénètre pas très-profondément dans la substance du rein se guérit par des saignées réitérées, par l'usage des boissons délayantes, mucilagineuses, en vidant la vessie avec la sonde (1). Si ce viscère est profondément lésé, s'il s'y forme une suppuration, ou si l'urine s'est infiltrée dans le tissu cellulaire des lombes, la maladie est mortelle.

Les plaies faites par un instrument piquant et tranchant, ou par arme à feu, à la partie antérieure de la vessie, à son col, sont toujours faciles à reconnoître. L'urine sort par cette ouverture accidentelle et est sanguinolente. La région hypogastrique se tuméfie, et la douleur s'étend de la vessie jusqu'à l'ex-

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie, tom. 42, ann. 1774, p. 554.

trémité de l'urèthre. S'il se forme des abcès gangréneux par l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire du bas-ventre, du scrotum, du périnée, on doit les ouvrir promptement et laisser une sonde de gomme élastique dans la vessie, afin de rappeler l'urine par la voie naturelle. Les diverses opérations que l'on pratique avec succès pour l'extraction de la pierre, prouvent suffisamment que les plaies faites à la partie antérieure de ce viscère, qui n'est point recouverte par le péritoine, ainsi qu'à son col, sont très-susceptibles de guérison : elles ne sont mortelles que par l'épanchement de l'urine dans le bassin. Des observations nombreuses prouvent même que des malades ont survécu à des plaies faites par arme à feu, compliquées de contusion, d'un corps étranger resté dans la vessie, ou de fracture du pubis (1). La saignée, la diète, les boissons mucilagineuses, les remèdes propres à calmer l'inflammation, sont essentiellement indiqués et sur-tout la présence continuelle de la sonde dans la vessie.

(1) Cabrol, obs. 26. — Tulpius, lib. 4, obs. 30. — Vander Wiel, centur. 1, obs. 81. — Morand, Opuscules de chirurgie, 2e partie, p. 248. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 2, p. 522.

Indépendamment de ces diverses espèces de lésions, les contusions qui agissent jusque sur les viscères du bas-ventre, et principalement sur les intestins, sur l'estomac, le foie, la vessie urinaire, produisent souvent des accidens aussi graves et même plus dangereux que certaines plaies qui pénètrent dans cette cavité. Des vomissemens, l'inflammation du canal intestinal, l'épanchement du sang, de l'urine, une suppuration consécutive, l'induration squirrheuse de quelques-uns des viscères, la crevasse d'une portion du canal intestinal, ont été les suites des contusions du ventre, quoiqu'il n'y eût à l'extérieur aucune apparence de lésion. Un homme reçut un coup de pied de cheval sur le ventre: aussi-tôt il éprouve une douleur violente avec vomissement. Cette douleur persista jusqu'à la mort avec sentiment de pesanteur dans la région épigastrique et difficulté de respirer. A l'examen du cadavre, on ne trouva aucune lésion extérieure : il y avoit dans le ventre beaucoup de sang épanché qui provenoit de la rupture des vaisseaux de l'épiploon ; l'intestin iléon étoit crevé et divisé transversalement (1).

---

(1) Morgagni, de Sedib. et causis morbor. epistol. 44.

Lorsque ces contusions ne causent pas une mort prompte, elles donnent lieu à des maladies chroniques souvent incurables.

CIV.

LES ULCÈRES.

On a coutume de les définir une solution de continuité par érosion, ancienne, purulente ou ichoreuse, située dans une partie molle et entretenue par une cause intérieure ou locale. Les uns occupent la peau, d'autres, les membranes muqueuses, quelques-uns, les glandes, les viscères, ce qui établit entre eux une différence essentielle de localité. Ce qu'ils ont de commun, c'est la mauvaise qualité des chairs qui forment leur surface, celle du pus qui en sort et la difficulté de les guérir. C'est en cela qu'ils diffèrent des plaies avec perte de substance qui suppurent et se cicatrisent, sans devenir chroniques. Le pus que fournit un ulcère offre de grandes variétés dans sa consistance, sa couleur et son odeur: delà les noms d'ichor et de sanie. Ces variétés paroissent dépendre de la nature particulière de l'ulcère qui prend un aspect différent, en raison de la cause qui le produit et de la struc-

ture de la partie qui est ulcérée ; ce qui n'explique pourtant pas en quoi diffère le pus d'un ulcère scorbutique du pus d'un ulcère cancéreux.

Les ulcères sont simples ou compliqués. Les simples dépendent d'une cause purement locale extérieure, qui réside dans l'ulcère lui-même. Tels sont ceux dont les bords sont durs, calleux, renversés, variqueux, ou qui sont entretenus par une carie, par la présence d'un corps étranger. Les ulcères compliqués sont de cause interne et dépendent d'une affection morbifique qui altère toute la constitution de l'individu ; tels sont les ulcères scorbutiques, vénériens, scrophuleux, dartreux.

Il en est aussi qui dépendent de l'âge, de l'influence du climat, du genre de profession qu'on exerce. Les vieillards cacochymes, chez lesquels la sécrétion de l'urine est diminuée, les ouvriers, tels que les tisserands, les imprimeurs, qui travaillent de bout dans des lieux humides, sont souvent attaqués d'œdème aux jambes avec ulcération. Les personnes qui habitent des pays marécageux, froids et humides, qui vivent dans la misère, la malpropreté, chez lesquelles la transpiration se fait mal, qui ont d'anciennes obstructions au

bas-ventre à la suite de fièvres intermittentes, ne guérissent que très-difficilement de leurs ulcères. Ils deviennent chroniques, habituels : et ce sont eux qui ont été surnommés cacoëthes, dysépulotiques, par les médecins grecs qui les ont regardés comme incurables. Ils le sont en effet, lorsqu'on ne change ni de climat, ni de genre de vie, et sur-tout lorsqu'on ne peut remédier à une atonie générale, à un mauvais tempérament. C'est par cette raison que les ulcères scrophuleux et dartreux, si communs à Paris et à Londres, où l'atmosphère est constamment variable, froide et humide, où le peuple est pauvre et mal logé, guérissent plus aisément dans les pays chauds où l'air est pur, la transpiration régulière et très-abondante.

S'il est des ulcères très-difficiles à guérir, et même incurables, il en est aussi qu'il est nécessaire d'entretenir pour la conservation de la santé. Des hommes ont porté pendant trente années des ulcères aux jambes, qui ont contribué à prolonger leurs jours. Les ulcères fistuleux qui surviennent à l'anus des phtysiques doivent être conservés. D'autres ulcères formés accidentellement, ont quelquefois opéré la guérison de l'épilepsie. Nous en citerons un seul exemple. Un homme d'une

quarantaine d'années, paroissant avoir un très-bon tempérament, se donna un coup assez violent à la partie antérieure de la jambe. Il en résulta une plaie contuse qui suppura, mais qu'on ne parvint point à cicatriser malgré les pansemens les plus méthodiques continués pendant deux mois. A cette époque, le malade avoua, avec une sorte de honte, qu'il n'éprouvoit plus, depuis que sa plaie fournissoit une suppuration abondante, des accès d'épilepsie auxquels il étoit sujet une ou deux fois par mois : son ulcère devint un cautère, et l'épilepsie cessa.

On voit tous les jours d'anciens écoulemens par l'oreille, qui supprimés inconsidérément, causent les accidens les plus graves, tels que des maux de tête et la fièvre : accidens qui se dissipent lorsque l'écoulement reparoît.

Les ulcères étant, comme on l'a déjà dit, le produit d'une cause intérieure ou locale, on doit d'abord, dans le traitement de cette maladie, connoître quelle est la nature du mal qu'on cherche à guérir, sa cause spécifique, son siége, son ancienneté, sa curabilité, ou son incurabilité, l'état où se trouve le malade, et chercher ensuite les remèdes appropriés à la maladie. Ils sont de deux espè-

ces : les uns, surnommés spécifiques, corrigent la mauvaise constitution de l'individu. Tels sont les antivénériens, les antiscorbutiques, auxquels il faut ajouter le régime et les secours que fournit l'hygienne. Les autres surnommés topiques, agissent localement sur la partie malade. Ces derniers ont été fort multipliés.

Les ulcères des extrémités du corps, et surtout ceux des jambes, guérissent difficilement dans les hôpitaux surchargés de malades, plus facilement dans les villes et encore mieux à la campagne. Le repos et la situation horizontale de la partie affectée sont d'une indispensable nécessité dans la curation de ces ulcères. S'ils sont compliqués de varices, d'œdématie, on ne les guérit qu'en exerçant une compression méthodique sur toute la longueur du membre avec une bande roulée, ou en faisant porter un bas de peau lacé qui produit une compression uniforme et permanente. Si les bords de l'ulcère sont durs, épais, calleux, on les ramollit par des cataplasmes émolliens, par des fomentations de même nature, ou bien on les scarifie, on les excise avec l'instrument tranchant : l'ulcère est-il entretenu par l'amaigrissement du tissu cellulaire, par l'exténuation de tout le corps,

comme il arrive à la plupart de ceux qui vivent dans l'indigence? c'est en restaurant le malade qui a plus besoin de bonne nourriture que de médicamens, qu'on peut venir à bout de le guérir. Les pauvres, qui ont la peau sale, aride, terreuse, doivent être baignés dans l'eau tiède, afin de rappeler la matière de la transpiration par sa voie naturelle. Lorsque cette évacuation se fait en grande partie par la surface ulcérée, les chairs deviennent pâles, sont dans l'atonie et abreuvées d'une humidité superflue. On guérit ces ulcères sordides, en les exposant pendant plusieurs jours de suite au courant de l'eau d'une rivière pendant l'été, ce qui les lave, les déterge et les met en voie de guérison. Belloste (1) a préconisé la décoction de feuilles de noyer à laquelle il ajoutoit un peu de sucre. Il trempoit dans cette liqueur tiède des plumaceaux de charpie qu'il appliquoit sur l'ulcère, avec l'attention de ne renouveler les pansemens que tous les deux ou trois jours. Les chirurgiens allemands (2) ont de même recommandé la décoction faite avec l'écorce verte ou sèche

(1) Le Chirurgien d'hôpital, tom. 1, p. 332.

(2) Acta academiæ medic. chirurg. Vindobonensis, tom. 1, p. 209.

des noix. C'est un médicament astringent dont on peut se servir avec avantage pour les pauvres de la campagne, qui n'est nullement dispendieux, et qu'on doit essentiellement employer dans les ulcères abreuvés d'humidité par atonie des chairs.

L'art de panser un ulcère contribue beaucoup à sa guérison. Cet art consiste en général à entretenir dans la partie affectée, par des médicamens variés selon les circonstances, un degré convenable d'inflammation, à la diminuer lorsqu'elle est trop forte, à l'exciter lorsqu'elle est languissante. Il est des ulcères abreuvés de sanie, dont les chairs molles et fungueuses doivent être desséchées par l'application du fer rouge. Il en est d'autres qui, abandonnés en quelque sorte à eux-mêmes, guérissent spontanément, après un laps de temps plus ou moins long, les chairs ayant le degré convenable d'inflammation, sans qu'il soit nécessaire de les stimuler par des onguens et des emplâtres dont la plupart n'ont aucune utilité. Dans ce dernier cas, il suffit de couvrir les bords de l'ulcère avec des petites bandes de linge légèrement enduites de cérat, d'appliquer un plumaceau de charpie sèche qu'on recouvre ensuite d'un sparadrap qui n'a d'autre propriété que d'entretenir un peu

d'humidité dans la charpie, afin de l'ôter sans faire saigner l'ulcère, et sans détruire une cicatrice qui commence à se former. Ainsi ce n'est point par un traitement empyrique, mais par un traitement rationnel et méthodique qu'on peut espérer de guérir les ulcères. Les onguens et les emplâtres sont de tous les remèdes ceux dont on a le plus long-temps abusé dans le traitement de cette maladie. On peut lire sur cette matière les dissertations de MM. Champeaux et Camper, couronnées par l'Académie de Chirurgie. Mais ce qu'on ne sauroit trop recommander, c'est l'emploi des règles de l'hygienne dans la cure des ulcères, puisque ceux qui sont rebelles et invétérés dépendent de la mauvaise constitution de l'individu qu'il faut corriger, autant qu'il est possible. Ceux des jambes tiennent souvent à un vice local qui rend la guérison difficile. C'est la foiblesse naturelle de la partie qui est éloignée du cœur, la ténuité de la peau qui recouvre le tibia et les malléoles chez les personnes maigres, le défaut de tissu cellulaire graisseux dans cette même partie, la multitude de tendons qui entourent l'articulation du pied, enfin les affections du bas-ventre qui influent si souvent sur les extrémités inférieures.

Ulcères Scorbutiques.

Le scorbut n'est point une maladie particulière aux marins qui entreprennent des voyages de long cours, quoiqu'ils en soient plus souvent affectés que les autres individus. Les personnes indigentes, affoiblies par l'âge, par la tristesse, qui habitent des lieux humides, infects, où le soleil ne pénètre point, en sont attaquées comme les gens de mer. Les enfans en bas âge n'en sont pas même exempts. Les hôpitaux de Paris ont contenu dans tous les temps un nombre plus ou moins grand de scorbutiques (1). Cette maladie est la même sur terre et sur mer : elle est endémique dans les endroits marécageux, voisins de la mer, sur les côtes du nord ; quelquefois elle paroît épidémiquement dans les villes, dans les temps de disette et de calamité. On en attribue la cause sur mer à l'usage trop long-temps continué des viandes salées, indigestes, à la privation du vin, des substances végétales et à celle d'une eau pure et de bonne qualité.

---

(1) Mémoires de l'Acad. des Sciences de Paris, ann. 1699, p. 169. — Saviard, Obs. chirurg. 81 et 128. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 5, p. 381.

Les premiers symptômes du scorbut se manifestent par une lassitude de tout le corps, que le sommeil ne répare point, par des douleurs vagues qui imitent celles du rhumatisme. Le visage est pâle et bouffi, les gencives sont fungueuses et saignantes, l'haleine fétide, la respiration lente, le pouls foible, les extrémités inférieures œdémateuses et parsemées de taches violettes. Lorsque la maladie a fait des progrès plus considérables, les gencives sont ulcérées, les dents vacillantes, les douleurs vagues sont plus intenses sur-tout aux lombes et aux genoux, les taches violettes de la peau s'agrandissent et il se forme dans l'endroit où elle est amincie, ecchymosée, des ulcères putrides qui versent beaucoup de sang. Quelques malades ont des hémorrhagies par les narines, par la bouche, par l'anus : d'autres sont épuisés par la dyssenterie.

On a trouvé à l'ouverture des cadavres des scorbutiques des infiltrations séreuses, sanguinolentes, dans le tissu cellulaire, dans l'interstice des muscles, sous le périoste, et des épanchemens de même nature dans les grandes cavités. Les muscles étoient ramollis, faciles à déchirer, la portion osseuse des côtes détachée de leurs cartilages, les épiphyses des os longs décollées ou cariées, le cal des an-

ciennes fractures désuni et sans consistance. Le sang de ces malades, lorsqu'il étoit refroidi, formoit un caillot mol, comme une gelée tremblante, d'une couleur un peu verte, ou d'un rouge foncé et noirâtre.

On se préserve du scorbut, et on en arrête les progrès, en respirant un air pur et en usant de bons alimens tirés du règne végétal. On en guérit, lorsqu'il n'est pas absolument invétéré, par l'usage des oranges, des citrons, des fruits acides bien mûrs, en observant d'ailleurs toutes les règles de l'hygienne pour la conservation de la santé. Les malades sont soulagés lorsqu'on leur fait prendre dans du petit-lait le suc récemment exprimé des plantes crucifères, dites antiscorbutiques. Le vin pur est encore utile; mais celui qui est connu dans les pharmacies sous le nom de vin antiscorbutique ne doit être administré que lorsque le malade est très-foible, pâle ou bouffi, sans fièvre et sans altération. Dans le cas contraire, il est absolument nuisible.

Les ulcères, symptômes du scorbut confirmé, sont fungueux, mollasses, putrides, douloureux, versent beaucoup de sang et sont quelquefois compliqués de carie. Leur siége ordinaire est aux gencives, à l'intérieur des joues, aux extrémités inférieures. Les

remèdes topiques qu'on a coutume d'employer dans le traitement de ces ulcères sont pris dans la classe des antiputrides et des astringens; tels que la décoction de quinquina, l'eau-de-vie camphrée, l'eau alumineuse, le vin aromatique. L'application de la charpie sèche, aidée d'une légère compression, est quelquefois nécessaire pour s'opposer à la trop grande effusion du sang. On s'est servi avec succès, pour panser ces ulcères, d'un mélange composé de vin, de miel et de jus de citron, le tout bouilli jusqu'à consistance d'un syrop. Le suc pur du citron versé sur ces ulcères les améliore visiblement, ainsi que l'application de tranches fraîches de ce même fruit. On remédie au gonflement œdémateux des jambes en les enveloppant dans des linges trempés dans du vin aromatique chaud. On fait user de gargarismes composés avec le miel rosat, quelques gouttes d'acide sulfurique et une décoction d'orge; mais c'est essentiellement la maladie principale qu'il faut détruire par des remèdes pris intérieurement et ci-dessus indiqués.

Les enfans de l'âge le plus tendre, qui sont attaqués du scorbut, périssent pour la plupart, lorsque cette maladie se manifeste essentiellement aux gencives, à l'intérieur de la

bouche,

bouche, sous l'apparence d'une gangrène humide. Les progrès en sont extrêmement rapides; mais elle n'est pas toujours le résultat du scorbut (1). C'est quelquefois la terminaison, ou la crise d'une fièvre putride-maligne, de la petite-vérole confluente. Quelquefois aussi les aphtes, dont les enfans nouveau-nés sont plus souvent attaqués que les adultes, s'étendent et s'accumulent sur toute la membrane muqueuse de la bouche, se continuent sur celle de l'œsophage, et dégénèrent en ulcères gangréneux qui corrodent ces parties. Cette gangrène, quelle qu'en soit la cause, est presque toujours mortelle. Il est excessivement difficile d'en borner les progrès par des remèdes topiques toujours insuffisans. D'ailleurs les enfans ne peuvent ni cracher, ni se rincer la bouche, ni faire usage de gargarismes. On en est réduit à toucher plusieurs fois le jour ces ulcères avec le collyre de Lanfranc, ou avec des pinceaux de linge effilé trempés dans une lotion faite avec l'eau d'orge, le miel rosat et quelques gouttes d'acide sulfurique. Le premier secours à donner à ces enfans, qui pour la plupart appartiennent

(1) Van Swieten, Comment. in aphorism. Boërhave, 432, tom. 1.

à des parens très-pauvres, consiste à leur faire respirer un air pur et à ne point les entasser pêle-mêle, comme on le faisoit dans l'Hôtel-Dieu de Paris, séjour d'infection et de putridité, du temps de Saviard. Lorsque la gangrène est produite par des aphtes qui se détachent par escharres, la cause du mal réside presque toujours dans les premières voies qu'il faut évacuer par des purgatifs très-doux, tels que le syrop de chicorée, ou la manne dissoute dans du petit-lait.

Ulcères Vénériens.

Les uns prennent le nom de chancres et se manifestent aux parties extérieures de la génération de l'un et de l'autre sexe, ainsi qu'au gosier. Les autres sont de véritables ulcères cutanés qui se forment en différens endroits de la surface du corps.

Les chancres sont primitifs ou consécutifs. Les primitifs paroissent vingt-quatre ou trente heures après avoir eu commerce avec une personne infectée, ordinairement cinq ou six jours après cette communication, quelquefois au bout de trente ou quarante jours, sans que pendant ce long espace de temps la personne éprouve aucune incommodité re-

marquable. Les consécutifs ne paroissent qu'à une époque très-éloignée du temps où l'infection vénérienne a été communiquée, et ils sont un signe certain que cette infection est ancienne et invétérée. Dans l'homme, les chancres se forment à la surface du gland, à sa base, près le frein, à l'entrée du méat urinaire, à la face interne du prépuce, et même sur la peau de la verge. Dans la femme, leur siége est dans la membrane muqueuse du vagin, à l'entrée de la vulve, à l'intérieur des grandes lèvres et aux nymphes. On en observe encore aux amygdales et au voile du palais. Les uns et les autres commencent par une pustule ou petite tache rouge, circonscrite, prurigineuse, avec formation d'une vésicule qui, en s'ouvrant, dégénère très-promptement en un ulcère de couleur grisâtre, dont les bords sont durs, relevés, plus ou moins enflammés et qui fournit un pus séreux et fétide. Un chancre est rarement unique : il s'en forme ordinairement plusieurs sur la partie qui a reçu l'infection. S'ils s'étendent et se réunissent, ils produisent un large ulcère sordide. Quelques-uns restent pour ainsi dire stationnaires, sont indolens, peu enflammés et circonscrits dans un petit espace sans faire des progrès rapides.

D'autres sont enflammés, douloureux, s'étendent en largeur et en profondeur, forment des ulcères rongeans, qui font quelquefois tomber en gangrène le gland et une partie de la verge. Si le chancre ronge le frein, ou filet, il en résulte une hémorrhagie et quelquefois la destruction d'une portion de l'urèthre dans l'endroit nommé fosse naviculaire. S'il attaque la peau de la verge, s'il entame la partie aponévrotique ou tendineuse qui sert d'enveloppe aux corps caverneux, l'hémorrhagie est encore plus grave. Un homme d'un tempérament âcre et bilieux contracta une gonorrhée virulente et plusieurs chancres qui après avoir fait tomber le gland par gangrène, rongèrent la peau et une portion de l'enveloppe tendineuse des corps caverneux. L'hémorrhagie ne s'arrêtant point, on proposa d'y remédier en amputant la verge. Consulté à cette époque de la maladie, nous conseillâmes d'introduire une sonde dans la vessie et d'exercer avec le doigt une compression permanente sur l'ulcère. Elle fut continuée jour et nuit pendant quinze jours par des élèves en chirurgie qui ne quittèrent point le malade, et qui, par ce procédé, arrêtèrent efficacement l'effusion du sang.

Les chancres primitifs ne forment point

une maladie purement locale qu'on puisse guérir en les excisant, en les cautérisant, dès le moment de leur apparition. C'est l'infection vénérienne reçue par contact et dont ils sont un symptôme, qu'il faut détruire par un traitement mercuriel, régulier, si l'on veut qu'ils disparoissent sans crainte de récidive. Un chancre guéri en apparence par des topiques dessicatifs, astringens, ou légèrement caustiques, se reproduit, pour l'ordinaire, au voile du palais, aux amygdales, ou bien il se manifeste consécutivement des accidens vénériens très-graves. Il est bien démontré pour tout le monde, que le pus fourni par un chancre, a la propriété de propager le même mal par contact, par inoculation. Nous ajoutons que la liqueur gonorrhéïque a la même propriété, c'est-à-dire, qu'une femme attaquée de la gonorrhée peut communiquer un chancre à celui qui a commerce avec elle; qu'une gonorrhée supprimée, mal traitée et qui n'a pas parcouru tous ses temps peut produire des chancres consécutifs, des bubons, des exostoses, ou autres accidens véroliques; enfin que le fluide gonorrhéïque, en séjournant entre le gland et le prépuce, peut y faire naître un chancre. Ces vérités nous sont tellement démontrées, que nous pensons qu'il

n'y a que des écrivains sans expérience qui puissent affirmer le contraire. La première indication à remplir dans la cure de ces ulcères est d'en diminuer l'inflammation par des fomentations émollientes, par des bains locaux et généraux, en faisant tremper la verge dans une décoction de racine de guimauve, afin de favoriser une suppuration toujours très-utile. Un topique irritant, tel que l'onguent suppuratif auquel on ajoute quelques grains d'oxide rouge de mercure, ne convient que dans le cas où le chancre est dur, indolent et sans inflammation. En l'irritant trop fortement, on l'exaspère et on le convertit en un ulcère phagédénique. On en borne d'abord les progrès et on le déterge par l'application de l'onguent mercuriel mêlé au cérat, tandis que l'on fait un traitement général et régulier. Il est généralement reconnu qu'un chancre situé aux parties extérieures de la génération et qu'on a fait disparoître par un traitement local, superficiel, insuffisant, se transporte très-communément au gosier, soit subitement, soit quelques mois après sa première apparition. On apperçoit d'abord aux amygdales, au voile du palais, une inflammation d'un rouge foncé et comme érysipélateuse, qui rend la déglutition difficile, excite

le malade à cracher souvent, et ressemble jusqu'à un certain point, à une simple inflammation catarrhale de cette partie. Cette inflammation peu douloureuse subsiste plus ou moins long-temps sans faire des progrès sensibles, mais sans s'améliorer et disparoître par les remèdes généraux vulgairement nommés anti-phlogistiques. Si l'on examine attentivement le fond de la gorge, on découvre tôt ou tard, à la luette, au voile du palais, ou à l'une des amygdales, un ulcère grisâtre, sordide, qui s'étend peu à peu et ronge la partie sur laquelle il est situé. Son aspect est en général le même que celui du chancre de la verge. Il y a cependant quelques exceptions à cet égard, lors, par exemple, que l'ulcère est à la base de la langue, qu'il est rougeâtre, peu douloureux et subsiste depuis long-temps. Mais dans ce cas, l'extrémité de la luette est presque toujours détruite, ulcérée, l'haleine est fétide, la déglutition est gênée, et le son de voix n'est pas distinct. S'il y avoit de l'incertitude dans le diagnostic, ce qui pourtant arrive rarement, on reconnoîtroit que l'ulcère est vénérien en faisant usage pendant quelques jours d'un gargarisme mercuriel composé avec le mercure gommeux ou la liqueur de Van Swieten délayé dans de l'eau

d'orge, ou dans du lait, médicament qui n'auroit aucune efficacité sur un ulcère scorbutique ou cancéreux. Au reste, nous ne rappelons ces circonstances, que parce que nous avons vu des praticiens, d'ailleurs fort habiles, se tromper sur la nature d'un ulcère situé à la base de la langue, et ne pas croire qu'il fût vénérien, parce qu'il n'existoit point d'autre symptôme de cette maladie, les parties extérieures de la génération étant saines et la personne ayant grand intérêt à cacher sa maladie. Ces ulcères de la gorge restent quelquefois stationnaires sans faire de grands progrès; quelquefois ils s'étendent avec rapidité, et après avoir détruit les parties molles, ils carient les os qui forment la voûte du palais, ensuite le vomer, les cornets du nez, ce qui produit un ulcère très-fétide connu sous le nom d'ozène vérolique. Indépendamment de ces ulcères primitifs, qui se manifestent aux parties extérieures de la génération, au gosier et tardivement dans les fosses nasales, il en est d'autres qui ont leur siége dans la peau, en divers endroits de la surface du corps, et qui ne se forment que lorsque la maladie est invétérée. Leur surface ne peut être détergée que par l'application du mercure, le pus qu'ils fournissent est âcre et fétide, et sans être

absolument douloureux, ils s'étendent et communiquent leur altération aux parties molles qui sont sous la peau. Ces ulcères sont la suite des pustules et des dartres vénériennes suppurées, de l'ouverture des bubons, d'une plaie, d'une simple écorchure qui ne peut se cicatriser dans les personnes affectées depuis long-temps du mal vénérien.

Les diverses espèces d'excroissances ou végétations connues sous le nom de poireaux, de crêtes, de verrues, de condylômes, de choufleurs qui ont leur siége dans la peau, ainsi qu'aux parties extérieures de la génération et à la marge de l'anus, peuvent se transformer en des ulcères très-rebelles après un traitement irrégulier et insuffisant. Parmi ces tumeurs, les unes sont dures, pour ainsi dire cornées, et ont leur implantation dans la peau par un pédicule étroit. Telles sont les poireaux, les verrues qu'on fait tomber par la ligature, ou qu'on coupe avec des ciseaux. Les autres, plus molles, fungueuses, rougeâtres, ont une base large, recouvrent la surface du gland ou les bords de l'anus, versent un pus fétide et doivent être excisées profondément, afin de s'opposer à leur reproduction. L'expérience apprend que les poireaux et les verrues résistent presque toujours à un trai-

tement général et régulier : c'est un vice local qu'il faut absolument détruire avant que ce traitement soit terminé. Une autre observation très-importante, est de cesser l'usage du mercure toutes les fois qu'un ulcère, après s'être détergé, ne se cicatrise point malgré l'emploi de ce médicament. Rien n'est plus commun dans la pratique, que de voir des ulcères qui ne guérissent point, lorsqu'on prolonge trop long-temps le traitement mercuriel. Le vice vénérien est détruit, mais le malade qui a trop pris de mercure tombe dans une cachexie scorbutique. En le faisant changer d'air, en lui donnant de bons alimens et lui faisant prendre un peu de quinquina, il se rétablit, et ses ulcères se cicatrisent spontanément, à mesure qu'il se restaure et se fortifie. On sait d'ailleurs que les personnes qui ont tout à-la-fois une affection scorbutique et vénérienne, doivent être d'abord guéries du scorbut, avant que de faire usage du mercure qui rend l'affection scorbutique beaucoup plus grave.

Les symptômes de la maladie vénérienne confirmée et abandonnée long-temps à elle-même, sans être affoiblie ou palliée par aucun traitement, se manifestent presque toujours dans l'ordre suivant. Le malade a d'abord des

chancres avec un ou plusieurs bubons, puis des ulcères au gosier, des pustules sur la surface de la peau, des excroissances à l'anus, aux parties génitales, des douleurs nocturnes dans tous les membres, et enfin des exostoses et des caries aux os du crâne, à la clavicule, au sternum et aux autres os. Cette maladie invétérée se reproduit aussi sous des apparences si variées, si compliquées, qu'on a quelquefois de la peine à la reconnoître. Il est des cécités, des épilepsies, des paralysies, des surdités, des fièvres-quartes vénériennes, qui ne cèdent qu'à un traitement régulier.

Le mercure est la base de ce traitement : il est l'antidote de la maladie vénérienne dont nous ne connoissons pas mieux la nature que celle des autres virus, mais dont nous connoissons très-bien les effets, ce qui suffit pour opérer une guérison radicale. On administre le mercure intérieurement et extérieurement. Les frictions faites sur la peau avec l'onguent mercuriel exigent que l'on fasse d'abord subir aux malades une légère préparation qui consiste à prendre pendant quelques jours des bains tièdes, des boissons délayantes et ensuite un purgatif. Le malade ainsi préparé, on lui administre de deux jours l'un une friction d'un gros d'onguent mercuriel, d'abord sur

une jambe, puis sur la cuisse, au pli de l'aine, aux fesses, ensuite à l'avant-bras, au bras et aux épaules. Ces frictions doivent être faites essentiellement à la partie interne des membres où les vaisseaux absorbans sont en plus grand nombre. Après la troisième ou quatrième friction, on augmente jusqu'à deux gros la dose de l'onguent mercuriel, ayant soin d'éviter qu'il ne survienne une salivation inutile, qui, si elle étoit considérable, forceroit d'interrompre le traitement. Il doit être continué pendant environ trente ou quarante jours, et ne doit cesser qu'après la disparition de tous les symptômes vénériens. Plusieurs praticiens disent que dans ce traitement, qu'on nomme par extinction, le mercure agit encore long-temps après qu'il a été administré, ce qui est généralement vrai. On ne doit cependant trop se fier à cette action tardive du mercure. Nous pensons qu'il faut en continuer l'usage pendant quelque temps après la disparition de tous les accidens de la maladie, si l'on veut qu'elle soit complètement détruite.

Quelque efficace que soit ce procédé, lorsque le mal est récent, il est des maladies vénériennes invétérées qui ne cèdent point à son action. L'art seroit insuffisant, si l'on n'avoit

découvert une préparation mercurielle encore plus active et plus efficace : c'est le muriate sur-oxigéné de mercure, ou sublimé corrosif, dissous à la dose de seize grains dans trente-deux onces d'eau très-exactement distillée. On fait avaler le matin à jeun une cuillerée à bouche de cette liqueur mêlée dans un grand verre d'eau d'orge, ou dans du lait, ou dans un verre de tisanne mucilagineuse. Trois ou quatre jours après, le malade prend de la même manière une cuillerée de cette liqueur le matin et une autre le soir. Comme ce médicament porte pour l'ordinaire un peu d'irritation sur l'estomac, on l'étend pour cette raison dans un véhicule mucilagineux et pendant tout le traitement on n'use que d'alimens doux, légers, faciles à digérer, évitant le vin, les acides, les alimens âcres et de haut goût. On continue de prendre cette liqueur pendant un mois ou deux, selon l'ancienneté de la maladie : on en diminue la dose en raison de la sensibilité du malade. Ce sel mercuriel agit avec beaucoup plus d'efficacité, lorsque la maladie est invétérée, compliquée de nodus, de douleurs nocturnes, d'exostoses, que le mercure administré en frictions, qui convient davantage lorsque le mal est récent. La décoction sudorifique qu'on prépare avec le

gayac et la salsepareille agit de même très-efficacement, lorsque la maladie vénérienne est ancienne, opiniâtre et a résisté à l'action du mercure en frictions. C'est une très-bonne méthode adoptée par la plupart des praticiens, de faire un traitement mixte ; de donner en même temps la décoction sudorifique et le muriate mercuriel corrosif, ou les frictions mercurielles. C'est à l'intelligence du praticien à varier le traitement suivant les divers symptômes de la maladie et l'état du malade.

Un homme avoit une hydropisie ascite avec œdématie des extrémités inférieures, et plusieurs ulcères vénériens à la verge. Cette maladie étoit très-ancienne. Après avoir évacué par la ponction sept à huit pintes d'eau, nous fîmes prendre le sublimé corrosif soir et matin pendant deux mois avec une pinte de décoction sudorifique tous les jours. Il fut guéri par ce procédé.

Un autre homme avoit pour unique symptôme du mal vénérien, un rhumatisme lombaire qui subsistoit depuis plus d'un an, malgré tous les remèdes usités contre ces sortes de douleurs. L'épine courbée en devant ne pouvoit se redresser, et avoit perdu de sa longueur. Ce malade dont tout le corps avoit l'empreinte d'une vieillesse prématurée, ne

faisoit quelques pas sur un terrein uni qu'en s'appuyant sur des béquilles, et il éprouvoit toutes les nuits les douleurs les plus violentes. Après avoir pris quelques cuillerées d'une solution de muriate mercuriel corrosif dans de l'eau distillée, il fut obligé de renoncer à ce médicament qui causoit des nausées et irritoit l'estomac. On eut recours aux frictions mercurielles qui furent continuées à petite dose pendant deux mois, ainsi que la décoction sudorifique. Ce traitement procura une guérison radicale, et cet homme, après avoir repris sa stature naturelle, n'éprouva dans la suite aucune douleur de rhumatisme.

Un homme âgé d'environ soixante ans avoit de même des douleurs lombaires très-anciennes, et de plus, une fièvre quarte opiniâtre que le traitement le plus méthodique et le meilleur quinquina n'avoient pu dissiper. Il prit des frictions mercurielles et une forte décoction sudorifique qui guérirent parfaitement et la fièvre et le rhumatisme.

Le mercure donné en frictions procure ordinairement la salivation; quelquefois il agit sur les glandes intestinales, et cause une diarrhée séreuse qui fatigue les malades. Quelques-uns, mais en très-petit nombre, n'éprouvent ni diarrhée ni salivation; ils ont des

sueurs abondantes sur toute la surface du corps, ce qui est pour eux un très-grand avantage. Il est donc nécessaire, comme nous l'avons déjà dit, d'adapter autant qu'il est possible le traitement à l'état du malade et à la nature des accidens.

Lorsqu'une femme enceinte est attaquée de la maladie vénérienne, on doit, avant que de la traiter, avoir égard à l'ancienneté de la maladie et à l'époque de la grossesse. Si la femme est peu avancée dans sa grossesse, et si la maladie est récente, il est possible qu'un traitement régulier ait le double avantage de guérir la mère et de prévenir le développement de la vérole chez le fœtus qui peut l'avoir reçue, ou qui pourroit la recevoir pendant le temps qu'il séjourne dans l'utérus. On n'attendra donc point dans le cas supposé, que la femme soit accouchée pour la traiter, parce que la maladie feroit encore de plus grands progrès. Après avoir fait prendre à la malade deux ou trois bains tièdes, quelques boissons délayantes et un purgatif, on administrera les frictions mercurielles à petites doses, de loin en loin, ou l'on fera prendre la solution de muriate mercuriel corrosif, selon la force du tempérament et la nature des accidens

dens (1). On peut aussi employer concurremment l'une et l'autre méthode, avec l'attention d'éviter, autant qu'il est possible, la salivation qui seroit très-désavantageuse et qui n'est utile dans aucun cas. Quelquefois l'usage du syrop de salsepareille, dit du cuisinier, avec un traitement local des chancres ou autres ulcères superficiels dont les parties génitales externes sont affectées, suffit dans les cas les plus simples. S'il est quelquefois possible de guérir une femme enceinte de la vérole ainsi que le fœtus infecté du même mal dès le moment de la conception, ou à diverses époques de la grossesse, la prudence veut qu'on attende que la femme soit accouchée pour la traiter, lorsque la grossesse est très-avancée et lorsque les symptômes vénériens sont graves et invétérés. Dans cette dernière circonstance, il ne faut plus songer à faire un traitement complet et régulier qui ne pourroit être terminé au moment de l'accouchement. Forcé de le suspendre à cette époque, il n'auroit que peu d'efficacité et contribueroit à aggraver les suites de la couche; et puisque le traitement, pour être profitable

(1) Medical observations and inquiries by a society of physicians in London. tom. 2, p. 256.

à la mère et au fœtus, doit être achevé avant le terme de l'accouchement, on doit se borner à des remèdes palliatifs, à quelques frictions locales vers les parties de la génération et dans les endroits destinés au passage du fœtus.

Un enfant conçu dans le sein d'une femme vérolée ou infectée de cette maladie peu de temps après qu'elle a conçu, meurt ordinairement avant que de naître, ou peu de temps après sa naissance. Les yeux, la bouche, les organes sexuels, l'anus, la peau, sont le siége le plus ordinaire des symptômes de la maladie qu'il a reçue de sa mère. Tels sont l'ophtalmie avec écoulement d'un fluide puriforme, jaunâtre, des pustules croûteuses ou suppurées à la peau, des chancres aux lèvres, aux parties génitales, des ulcérations cutanées, des phlyctaines, des tumeurs lymphatiques ou gommeuses, des excroissances à l'anus, à l'intérieur du vagin. De plus, l'enfant est dans un état de marasme; des cris foibles et plaintifs s'échappent continuellement de sa bouche, ses yeux ternes sont enfoncés, il a les rides de la maigreur avec l'aspect de la vieillesse. Un état aussi affreux donne en général très-peu d'espoir de guérison. Chez les uns, les accidens se manifestent au moment même de la naissance; chez d'autres, ils ne se dévelop-

pent que douze ou quinze jours après et quelquefois un peu plus tard. On a vu des enfans nés de mères vérolées, n'apporter en naissant aucun symptôme évident de cette maladie, et la communiquer tardivement à des nourrices qui, séduites par une apparence trompeuse, s'étoient chargées du soin de les allaiter.

Différents procédés ont été successivement employés en faveur de ces individus, qui périssent pour la plupart dans le premier mois de leur naissance. Ceux qui échappent d'abord à une cause si puissante de destruction et à tous les maux qui accablent l'enfance, traînent une existence pénible et meurent de phtysie, de marasme, vers l'âge de puberté, sans fournir jamais une longue carrière. Cependant on conçut la possibilité de nourrir et de traiter avec quelque succès les enfans infectés, en les faisant allaiter par des nourrices qui avoient elles-mêmes la maladie vénérienne. Le mercure administré méthodiquement à une nourrice vérolée, ou à la mère de l'enfant, quelques jours après qu'elle est accouchée, rend son lait propre à diminuer l'infection de son nourrisson; et comme la quantité de mercure que l'enfant reçoit est proportionnée à la quantité de lait qu'il prend, il en résulte qu'il ne peut guérir qu'autant

qu'il tète abondamment et que la nourrice continue d'avoir assez de lait, malgré le traitement mercuriel qu'on lui fait subir. Mais si l'enfant a des chancres aux lèvres et dans l'intérieur de la bouche, il ne peut téter suffisamment, et il meurt d'inanition. S'il communique ces mêmes chancres au sein de sa nourrice, elle ne peut elle-même, par les douleurs qu'elle éprouve, continuer de lui donner à téter. Enfin des observations multipliées ont appris que ce traitement de l'enfant par la nourrice est presque toujours insuffisant; et que pour le compléter, il faut lui donner encore quelques préparations antivénériennes pendant qu'il se nourrit du lait mercuriel de sa mère. On lui fait prendre tous les jours la vingt-quatrième partie d'un grain de muriate mercuriel corrosif dans un looch mucilagineux, et l'on continue pendant environ six semaines, l'usage de ce médicament dont on augmente peu à peu la dose, si l'enfant n'éprouve ni tranchées, ni coliques. Quelques petites cuillerées de syrop de salsepareille prises en même temps secondent très-bien l'action du sublimé. D'autres praticiens prescrivent la panacée à la dose d'un demi-grain par jour, depuis l'âge de six mois jusqu'à celui d'un an et plus. Si l'enfant a des

pustules suppurées à la peau, des chancres aux parties génitales, on les oint avec un mélange d'un gros d'onguent mercuriel sur une once de cérat. L'ophtalmie vénérienne, accident très-ordinaire aux petits enfans, exige des soins continuels, des lotions faites plusieurs fois le jour avec l'eau de guimauve, afin d'enlever la liqueur jaunâtre et puriforme qui séjourne entre les paupières. Lorsque cette inflammation devient opiniâtre, il reste des taches à la cornée transparente, quelquefois même l'œil se fond et se crève. Si le traitement n'est point interrompu, s'il est possible de le continuer malgré la foiblesse de l'enfant, et divers accidens qui peuvent survenir, c'est au bout de quinze à vingt jours qu'on commence à appercevoir une amélioration sensible dans les traits du visage. Si la dentition se fait et devient douloureuse, elle exige qu'on cesse pendant quelque temps l'usage du mercure. En général, le régime de ces enfans doit être nourrissant, afin de remédier à la foiblesse qui les épuise : on le varie et on le proportionne à l'intensité de la maladie et à la quantité de lait que peut donner la nourrice. Dans les hôpitaux de Paris consacrés à ce traitement, on fait prendre à l'enfant environ huit onces de lait tiède par jour,

de la crême de pain sucrée, de la soupe au lait, de la soupe grasse et un peu de vin avec de l'eau.

Ulcères Dartreux.

La dartre (*herpes*, *serpigo*) est une affection cutanée, prurigineuse, avec ou sans ulcération. Les auteurs en distinguent quatre espèces différentes, selon le degré d'intensité de cette maladie. Elle est plus commune dans les pays froids et humides, que dans les pays chauds. Les médecins Grecs ont cru trouver la cause de cette maladie dans la bile devenue très-âcre : les modernes n'ont donné que des conjectures qui n'apprennent rien de positif.

La première espèce de dartre, la plus simple, est nommée farineuse, parce que l'épiderme se détache et tombe par desquammation, sous la forme de poussière ou de farine.

La deuxième espèce, nommée par les Grecs *herpes cenchrias*, et par les Latins, *pustulæ serpiginosæ*, parce qu'elle est ambulante, est celle que les modernes nomment dartre milliaire, ou pustuleuse : la peau étant en effet parsemée de plusieurs petits tubercules, semblables à des grains de millet, avec rougeur, prurit, humidité.

La troisième espèce, nommée *croûteuse*,

se reconnoît à des croûtes jaunâtres, sèches, souvent très-épaisses, qui se détachent difficilement, et laissent voir au-dessous d'elles la peau qui est vive, rouge, sensible, et qui se recouvre promptement de nouvelles croûtes. Cette espèce n'est point ambulante, elle ne quitte point l'endroit où elle s'est fixée.

La quatrième espèce est avec ulcération de la peau; c'est proprement l'ulcère dartreux nommé par les Grecs *herpes esthiomenos*, *ulcus exedens*, *lupus*; c'est l'ulcère chronique, rebelle, dont la plupart des mendians sont affectés aux jambes et qu'ils découvrent pour exciter la pitié des passans.

Il est encore des nuances très-variées, plus ou moins sensibles, entre toutes ces espèces de dartres. Quelques-unes sont vénériennes, et celles-là guérissent très-bien par le mercure, qui n'a point la propriété de guérir celles qui ne dépendent pas de la maladie syphilitique. D'autres se compliquent avec le scorbut, les scrophules; quelquefois une affection dartreuse qui se manifeste spontanément devient une crise salutaire, et termine une ancienne maladie qui avoit résisté à différens remèdes. C'est ce que nous avons observé depuis peu sur un hypochondriaque qui fut délivré de son hypochondrie après

l'apparition de plusieurs dartres écailleuses, furfuracées, répandues sur toute la surface de sa peau. Des bains tièdes, des boissons délayantes et sur-tout un régime adoucissant long-temps continué, procurèrent une guérison complète en faisant disparoître la maladie cutanée.

C'est une opinion assez généralement adoptée, que les dartres sont contagieuses. Elles ne le sont pas comme la gale, comme la maladie vénérienne; mais nous pensons qu'une nourrice qui a des dartres pourroit les communiquer à l'enfant qu'elle nourrit; et l'on voit tous les jours des pères et mères dartreux avoir des enfans qui sont affectés de la même maladie. Il y auroit d'ailleurs plus que de l'imprudence à faire coucher dans le même lit une jeune personne saine avec celui qui auroit des dartres milliaires, suppurantes, ou croûteuses, indépendamment du dégoût et de la répugnance qui résultent d'une semblable cohabitation.

Cette maladie est endémique dans quelques endroits et très-commune à Paris, où l'athmosphère est froide, humide, où la transpiration ne se fait pas régulièrement. On a prétendu que cette matière perspirable, qui ne s'évacue pas librement par les pores de la

peau chez les vieillards, dont l'urine est naturellement âcre, peu abondante, devenoit chez eux une cause déterminante de dartres. Il est certain que des personnes très-avancées en âge, et qui n'avoient jamais eu cette affection cutanée, en ont été attaquées sur la fin de leur vie, avec démangeaisons insupportables pendant la nuit, ce qui semble justifier l'exactitude de l'observation. D'ailleurs il est généralement reconnu qu'un individu dartreux, et qui vit à Paris, est grandement soulagé, ou guérit spontanément, en passant dans un climat chaud où la transpiration est abondante et régulière. Quelques médecins croyent aussi que les femmes sont moins souvent attaquées de dartres que les hommes. Si cela est, nous pensons que les fleurs blanches, qui sont très-abondantes chez les femmes des grandes villes, leur tiennent lieu de cautère et de vésicatoire, et que l'usage habituel qu'elles font des bains tièdes contribue à nettoyer la peau et à la rendre plus perspirable. De quelqu'espèce que soient les dartres, elles peuvent se manifester indistinctement sur tous les points de la surface cutanée, aux extrémités du corps, à la peau du visage, à celle du tronc, et principalement au scrotum, entre les cuisses, au périnée,

Celles qui sont croûteuses, invétérées et qui suppurent, dégénèrent quelquefois en de véritables ulcères chancreux aux paupières, aux joues, aux ailes du nez. Tel individu qui a eu, pendant la plus grande partie de sa vie, une ophtalmie aux tarses par affection dartreuse, est exposé dans sa vieillesse à avoir un ulcère incurable et chancreux à cette même partie. Nous avons déjà fait observer, en parlant du cancer, qu'il pouvoit être produit par une affection dartreuse qui, en causant d'abord une rougeur érysipélateuse à la peau du sein, avec prurit, excoriation et suppuration fétide, engorge les glandes de cette partie, la rend squirrheuse et nécessite d'en faire l'excision. Nous pensons qu'après l'ulcère cancéreux, il n'en est pas de plus rebelle, de plus difficile à guérir que l'ulcère dartreux qui ronge la partie qu'il attaque et s'étend au loin, sans qu'il soit toujours possible d'en borner les progrès. Une petite fille, âgée d'environ sept ans, avoit un ulcère dartreux et croûteux qui détruisit d'abord l'aile du nez, s'étendit ensuite sur la joue et le col. La peau, les muscles furent rongés, et cette enfant mourut dans l'espace de douze à quinze jours, sans pouvoir être soulagée par aucun remède pris intérieurement, ou appliqué à l'extérieur.

Un jeune homme âgé d'environ vingt ans avoit, depuis quelque temps, à la jambe gauche, un peu au-dessus de la malléole interne, une petite croûte dartreuse avec prurit, laquelle, arrachée à mesure qu'elle se formoit, produisit enfin un ulcère. Ce jeune homme continuant de marcher et de se gratter dans l'endroit qui étoit ulcéré, aggrava sa maladie au point qu'il se forma une tumeur molle, fungueuse, très-douloureuse, d'un rouge vif, et qui versoit beaucoup de sang. Cette tumeur ayant été excisée autant que le permettoit sa mollesse et s'étant reproduite en peu de jours, nous eûmes le projet de la cautériser avec le fer rouge, opération qui ne put être exécutée à raison d'une violente inflammation survenue subitement à toute la jambe et qui se termina par gangrène. La peau fut détruite avec le périoste qui se détacha par lambeaux. Quelques-uns des muscles et le tendon d'Achille furent à découvert après la chute des escharres. Cet ulcère esthiomène exhaloit une odeur très-fétide, et rien ne put en arrêter les progrès : les douleurs étoient excessives. Enfin le mal se borna, et dans l'espace de six à sept mois cet ulcère fut détergé et cicatrisé, avec formation de croûtes sèches et jaunes dans l'endroit de la cicatrice. Après

cette guérison, le malade est resté dartreux, malgré un cautère à chaque bras, l'usage des bains tièdes, des sucs d'herbes chicoracées, les purgatifs et un séjour habituel à la campagne.

L'ulcère dartreux ne fait pas toujours des progrès aussi rapides. Après avoir détruit la peau, il se borne et devient stationnaire; les chairs en sont rouges, grénues, tuberculées, fournissant une suppuration séreuse et fétide, mais sans qu'il se forme de cicatrice. Il est très-difficile à guérir, et l'on peut même le considérer comme un cautère que le malade doit garder, sur-tout s'il est avancé en âge. Quelquefois cet ulcère rongeant est compliqué d'affection scorbutique chez les pauvres, chez les marins; ce qu'il est important de ne pas perdre de vue, parce qu'alors l'usage des plantes chicoracées, antiscorbutiques est d'un secours efficace. Chez d'autres, l'affection dartreuse devenue chronique, succède à une gale répercutée ou mal traitée. Dans ce cas, on doit avoir recours aux vésicatoires, ou ce qui vaut encore mieux, faire reprendre la gale en habitant avec des galeux, et la traiter ensuite méthodiquement.

On connoît le danger de la métastase dartreuse sur les viscères, et principalement sur

les poumons, l'estomac et la vessie urinaire. La disparition subite d'une dartre par des topiques astringens, dessicatifs, tels que l'alun, l'eau végéto-minérale de Goulard, et autres semblables, produit journellement les accidens les plus graves et des maladies chroniques qu'on n'est pas certain de guérir par un cautère, par un vésicatoire appliqué dans l'endroit où étoit la dartre, sur-tout lorsqu'il y a long-temps qu'elle a disparu. Si elle est milliaire, humide, enflammée, douloureuse et produisant sur-tout pendant la nuit une démangeaison cuisante, on remédie à cet accident par l'application d'un cataplasme de farine de graine de lin, ou en enveloppant la partie de linges trempés dans une décoction émolliente tiède. Les auteurs les plus anciens ont donné le conseil d'enlever, par l'application d'un emplâtre vésicatoire les croûtes jaunâtres et sèches d'une dartre située au visage et à laquelle les Romains avoient donné le nom de *mentagre*. Nous n'approuvons point ce procédé, qui pourroit être suivi d'accidens graves, et qui d'ailleurs ne donne point l'assurance d'une guérison certaine. Il est facile de faire tomber ces croûtes, sans aucun risque, en les ramollissant à l'aide d'un cataplasme émollient, ou d'un cérat adoucissant

et légèrement suppuratif; mais la difficulté la plus grande consiste à s'opposer à leur reproduction en détruisant la maladie elle-même. Le moyen le plus efficace consiste dans un traitement général que l'on modifie selon le tempérament du malade et le degré de l'affection dartreuse. Les bains tièdes, long-temps continués, doivent faire la base de ce traitement, sans négliger tous les secours que l'on peut tirer de l'hygienne. On a beaucoup vanté l'usage des eaux thermales prises en bain, et il est possible que quelques malades aient été soulagés ou même guéris par leur moyen. Il n'est point également efficace pour tous; car nous avons particulièrement connu un homme, âgé d'environ cinquante ans, dont toute la surface de la peau étoit couverte depuis long-temps d'une multitude de petites dartres écailleuses et blanchâtres, et qui après s'être inutilement baigné dans la plupart des eaux thermales de la France, alla enfin à Pise, où il prit sans succès les bains chauds de cette ville. Nous ne ferons point l'énumération des divers remèdes qui ont été recommandés contre cette maladie : la plupart sont tombés en désuétude. On a successivement préconisé les pilules de Belloste, diverses préparations d'antimoine, et sur-tout les tablettes antimo-

niales de Kunckel décrites dans presque toutes les pharmacopées, le soufre, et parmi les végétaux, la fumeterre, la scabieuse, la douce amère et plusieurs autres plantes. Nous avons déjà dit que le mercure, sous quelque forme qu'on l'administre, ne guérit jamais les dartres, à moins qu'elles ne soient vénériennes. Si les pilules de Belloste ont eu quelque succès, nous l'attribuons à leur propriété purgative, plutôt qu'au mercure qui entre dans leur composition. Le traitement qui jusqu'à présent a paru mériter la préférence, consiste à prendre beaucoup de bains tièdes, des sucs d'herbes chicoracées, quelques purgatifs, et sur-tout à appliquer au bras un large cautère, qui par irritation détermine quelquefois l'affection dartreuse à se transporter sur cette partie.

Ulcères Scrophuleux.

Ils succèdent aux tumeurs de même nature, qui ouvertes spontanément ou par art, sont phlegmoneuses, ont leur siége dans le tissu cellulaire soucutané, ou sont presque indolentes, suppurent lentement et sont situées dans les glandes lymphatiques, dans le périoste autour des articulations. Le pus de ces ulcères chroniques, est épais, visqueux,

grisâtre ; il exhale une odeur aigre, nauséabonde ; les chairs en sont pâles, fungueuses, se détergent difficilement, leurs bords sont durs et renversés. C'est le produit d'une maladie endémique dans certains climats, héréditaire, et qui affecte tout le système lymphatique des enfans en bas âge. Elle est commune dans les grandes villes dont les rues étroites, obscures et sales ne sont point éclairées par le soleil, ainsi que dans les pays où l'athmosphère est constamment froide, humide et chargée de brouillards. C'est depuis l'âge de deux à trois ans jusqu'à sept, qu'elle se manifeste, et on la reconnoît aux signes suivans. Le visage est ordinairement d'une couleur pâle et livide, quelquefois d'un rouge vermeil comme dans la santé la plus parfaite. La tête est volumineuse, le col court, le ventre dur et tendu, la lèvre supérieure épaisse, le nez gonflé, les yeux humides, chassieux, affectés d'une ophtalmie opiniâtre. Les glandes lymphatiques du col, du pli de l'aine, du mézentère, des aisselles, sont squirrheuses : tout le corps de l'enfant est dans un état d'atonie. Peu à peu les articulations du genou, du coude, des mains, des pieds, se tuméfient, et si le mal fait des progrès, il en résulte l'exostose, le ramollissement, l'ankylose, la carie

des

des os longs dans leurs extrémités spongieuses. De nouvelles tumeurs molles, mobiles, indolentes, sans changement de couleur à la peau qui les recouvre, se forment en diverses parties du corps, restent dans le même état d'indolence pendant un long espace de temps, puis deviennent douloureuses, se ramollissent avec fluctuation, et s'ouvrent en fournissant une matière purulente, grisâtre, caséeuse. De ces crevasses cutanées résultent des ulcères qui se détergent et se cicatrisent difficilement. S'ils se ferment, il survient de nouvelles tumeurs en d'autres endroits du corps, lesquelles, en s'ouvrant, dégénèrent elles-mêmes en de nouveaux ulcères semblables aux premiers. Quelquefois les ulcères, après avoir subsisté long-temps, se cicatrisent sans qu'il se forme d'autres tumeurs, sur-tout si l'enfant atteint l'âge de puberté, si son corps prend de la vigueur et de l'énergie. Alors la guérison s'opère d'elle-même, et il ne reste d'une maladie ancienne que des cicatrices difformes, ridées, ineffaçables. Sa durée est incertaine, lorsqu'elle attaque les articulations et qu'elle est compliquée de carie : elle peut subsister pendant plusieurs années et même pendant toute la vie. Les uns guérissent avec ankylose, terminaison que l'on peut

regarder comme très-favorable ; d'autres sont obligés de subir l'amputation du membre.

C'est une opinion assez généralement adoptée par les praticiens, de regarder la maladie scrophuleuse comme un état d'atonie des solides, avec épaississement et stagnation des sucs lymphatiques. Un enfant scrophuleux est comme une plante étiolée qui croît à l'ombre et qui ne reçoit ni l'influence de la lumière ni celle d'un air sec et pur. Des hommes parvenus à l'âge de trente ans ont contracté cette maladie par les mêmes causes ; c'est-à-dire, en vivant dans une inaction absolue, privés de la lumière du jour et habitant des lieux bas et humides. Et puisque cette maladie, lorsqu'elle n'est pas invétérée, se guérit spontanément à l'âge de puberté par les seuls secours de la nature, le traitement doit donc consister à exciter et soutenir l'énergie de ces forces vitales. C'est par le moyen de l'hygienne plutôt que par des remèdes spécifiques particuliers, qu'on opère un grand changement dans toute la constitution de l'individu. Un air sec et chaud, celui des montagnes, une nourriture succulente, l'usage du vin, un exercice modéré, des frictions sèches, quelques remèdes amers, toniques, tels que le quinquina, le houblon, l'absynthe,

la gentiane, sont des secours efficaces dans le premier degré de la maladie scrophuleuse. Elle est incurable, quand elle est invétérée, qu'elle subsiste encore après l'âge de puberté, et qu'elle affecte essentiellement les glandes du poumon ou celles du mésentère. Alors la fièvre lente, suite de la suppuration de ces glandes, se déclare, et le malade périt dans le marasme. Les remèdes topiques qu'on emploie dans la curation des ulcères scrophuleux, ont peu d'efficacité : c'est la maladie principale qu'il faut d'abord détruire. Cependant on est dans l'usage de faire baigner la partie ulcérée dans une lessive légèrement alcaline, afin d'en opérer la détersion qu'on a toujours beaucoup de peine à obtenir. C'est essentiellement dans cette maladie que convient la médecine d'expectation : et en effet, des caries scrophuleuses ont été souvent guéries en temporisant et en n'employant que des procédés simples. Si c'est une articulation comme celle du coude ou du genou, qui a été complètement détruite par la carie, l'amputation est alors indispensablement nécessaire et la cicatrice s'opère toujours promptement chez ces individus. Rarement est-on obligé d'appliquer un cautère au bras après l'amputation du membre qui a été constamment le siége de

la maladie : vérité confirmée par l'expérience, et qui détruit l'opinion de ceux qui pourroient croire encore qu'il existe un virus scrophuleux dont ils ne connoissent point la nature.

Les Engelures.

Le froid, en agissant immédiatement sur la peau, l'irrite, la fronce, la rend pâle, insensible ; tout le corps éprouve un tremblement convulsif ; peu à peu les membres deviennent roides et s'engourdissent ; la respiration se ralentit et le pouls s'affoiblit. Si cet état violent persévère, on ne peut vaincre la torpeur et le sommeil dont on est accablé : on meurt d'apoplexie (1). Aussi trouve-t-on des ecchymoses, des infiltrations sanguines dans les poumons, dans le cerveau de ceux qui périssent par le froid. Il se fait d'abord sentir sur les parties découvertes, sur celles où la circulation est peu active, qui sont éloi-

---

(1) Frigus intensum apoplexiam parit. Frequenter id viatoribus alpes helveticas tempore hyberno transeuntibus, etiam robustissimis et sanissimis evenit, nisi soporem, plurimis per loca nivosa molestissimum ; omni nixu excutiant. Wepfer, Historiæ apoplecticorum, histor. 16, p. 384.

gnées des organes de la respiration et de la circulation, sur les mains, les pieds, le nez, les oreilles, les parties génitales externes. On se garantit du danger de mourir de froid, en ne prenant point des liqueurs spiritueuses avec excès, mais en s'agitant afin de vaincre l'engourdissement, la disposition au sommeil dont on est accablé. Des personnes dont le corps étoit insensible et qui paroissoient être mortes, n'ayant plus qu'une foible respiration, ont été rappelées à la vie en les faisant coucher dans un lit non bassiné, en les réchauffant lentement, et faisant d'abord sur la région du cœur des frictions avec des linges trempés dans de l'eau-de-vie. On fait avaler ensuite quelques cuillerées de vin, on tient les jambes plongées dans de l'eau froide plusieurs fois le jour et pendant environ une heure, tandis qu'on les frotte avec de la neige, avec des linges froids. Une partie presque gelée qu'on réchauffe subitement, se tuméfie, devient très-douloureuse, se recouvre de taches violettes et se gangrène. Plus le lit du malade est chaud, et plus ses douleurs augmentent. Elles sont lancinantes et semblables à celles que causeroient des aiguilles qu'on enfonceroit dans des chairs vives. Elles se calment en plongeant la partie dans de l'eau froide. La

peau qui étoit pâle comme celle d'un cadavre devient rouge, les taches violettes se dissipent, et l'enflure diminue peu à peu. Si la gangrène se manifeste, elle est d'abord sèche; elle devient ensuite humide à mesure que la partie s'engorge, se tuméfie par la chaleur et par la circulation du sang qui tend à se rétablir. On excise ce qui est gangréné, ou l'on attend de l'action des forces vitales qu'il se fasse une séparation entre ce qui est mort et ce qui est sain.

L'engelure est une ulcération cutanée, superficielle, circonscrite, prurigineuse, dont le siége ordinaire est aux doigts, aux orteils, au talon. C'est le résultat de l'irritation produite par le froid sur la peau fine des enfans, des jeunes personnes qui transpirent aisément et qui s'exposent alternativement à un air chaud et froid. Cette ulcération avec phlogose devient plus cuisante, plus douloureuse, lorsqu'on chauffe la partie affectée, lorsqu'on l'approche du feu. S'il n'y a que phlogose, elle se dissipe pour l'ordinaire au bout de quelque temps en prenant les précautions convenables, et l'épiderme tombe par desquammation. L'inflammation est-elle un peu plus forte, elle prend une teinte violette, et il se forme dans son centre de petites

vésicules qui en s'ouvrant produisent un ulcère avec écoulement d'un pus séreux. Quelquefois l'ulcère devient douloureux et subsiste pendant tout l'hiver.

On prévient la formation de l'engelure, et l'on dissipe celle qui commence à paroître sous la forme d'une tache rougeâtre, violette, en se lavant souvent les mains dans de l'eau froide, dans de l'eau alumineuse, en les frottant avec de la neige, et en ne s'exposant point subitement au passage d'un air chaud à un air froid. On a recommandé comme remède efficace de recouvrir l'engelure qui suppure, et qui n'est autre chose qu'une ulcération gangréneuse de la surface de la peau, avec un cataplasme fait avec la pulpe de raves ou de navets cuits sous la cendre ; mais le cérat, l'eau végéto-minérale, les préparations de céruse et autres remèdes légèrement dessicatifs suffisent pour l'ordinaire.

La Brûlure.

Les phénomènes que présente une brûlure, sont différens, selon le degré de chaleur du corps appliqué sur la peau et selon la durée de son application. Ainsi la peau seule, ou les parties situées plus profondément pouvant

être affectées, on observe dans cette maladie les symptômes de l'inflammation, de la douleur, de l'ulcération et de la gangrène. Dans le premier degré d'une brûlure que l'on suppose être légère, superficielle, la peau est phlogosée, sans ulcération et sans tuméfaction bien sensible. La douleur est vive et la phlogose tient de la nature de l'érysipèle. C'est une simple affection locale dont la curation est très-facile. Dans le second degré, la douleur est plus aiguë, la peau est plus rouge, légèrement froncée et tuméfiée, l'épiderme est détaché du corps muqueux, et forme, en se soulevant, des ampoules pleines de sérosité, comme après l'application d'un vésicatoire. Cette brûlure, d'une étendue plus ou moins grande, se termine par une ulcération superficielle qui subsiste long-temps et qui fournit une suppuration abondante. Dans le dernier degré de la brûlure, la peau et les parties situées au-dessous d'elle sont désorganisées et gangrénées. Il y a douleur aiguë, tuméfaction, inflammation et fièvre. La gangrène est quelquefois sèche, formant une escharre noire, comme après l'application d'un fer rouge, ou bien elle est humide. Dans ce dernier cas, elle ne se manifeste que quelques jours après l'accident. La peau dessé-

chée prend d'abord une teinte foncée, jaunâtre, circonscrite par un cercle inflammatoire; elle se ramollit ensuite à mesure que la suppuration se forme et que les escharres commencent à se détacher. Aussi ce n'est qu'après les premiers jours d'une brûlure un peu considérable qu'on peut juger avec certitude de sa profondeur et de son intensité.

Le traitement de la brûlure consiste à faire un choix raisonné des médicamens topiques appropriés au degré de la maladie. Lorsqu'elle est superficielle, peu étendue, les médicamens huileux, mucilagineux, tels que l'huile récente, le lait, doivent être préférés. Un mêlange d'huile d'amandes douces et de jaune d'œuf appliqué dans l'instant même de l'accident sur la partie qu'on doit laisser découverte, sans se servir d'aucun appareil, est un bon remède dans les brûlures superficielles de la peau. Lorsqu'il y a des phlyctaines, on les perce pour en évacuer la sérosité, sans enlever l'épiderme, afin de ne pas mettre à nu les houpes nerveuses de la peau. Cette brûlure, plus profonde que la précédente, quoique superficielle, dégénère en une ulcération cutanée qui fournit une suppuration abondante et se cicatrise lentement. Les médicamens calmans, adoucissans, légèrement

dessicatifs, tels que le cérat, l'onguent blanc de Rhazès, celui de pompholyx, sont vulgairement employés. On en fait un mêlange que l'on étend sur du papier brouillard et qu'on applique sur l'ulcère qu'il convient de panser fréquemment, afin de calmer la douleur et de remédier à l'inconvénient d'une abondante suppuration. Quand toute l'épaisseur de la peau a été brûlée avec formation d'une escharre sèche et noire, il faut la ramollir avec un cataplasme de farine de graine de lin et l'inciser ensuite, afin de procurer la chute de tout ce qui est gangréné. Quelquefois la peau, au lieu d'être noire, a une couleur d'un rouge foncé, est molle, insensible, avec détachement de l'épiderme. On remédie de même à cette gangrène par des scarifications, par l'emploi des digestifs.

Après la guérison, la cicatrice est dure, sèche, difforme, inégalement plissée, formant des brides semblables à des cordes plus ou moins saillantes. Les médicamens émolliens, relâchans, mucilagineux, donnent quelquefois un peu de souplesse et de flexibilité à la peau susceptible de s'étendre jusqu'à un certain point, selon que la perte de substance a été plus ou moins considérable. On prévient les adhérences des parties entre elles, en s'op-

posant à leur contact par des pansemens méthodiques, en donnant au membre la rectitude et la situation qui lui sont propres. Quand ces adhérences sont formées, quand elles gênent les fonctions naturelles, ou le mouvement, on y remédie quelquefois par des incisions faites avec art, à l'aide desquelles on désunit des parties susceptibles de mouvement et qu'on auroit dû maintenir séparées les unes des autres pendant tout le traitement. C'est ainsi qu'on sépare, à l'aide de l'instrument tranchant, la verge adhérente au scrotum, les grandes lèvres, le tarse des paupières, les doigts unis ensemble. Mais la section des brides plus ou moins saillantes, formées par la peau soulevée en manière de corde, seroit plus nuisible qu'utile. Après l'avoir faite et après avoir maintenu la partie dans sa situation naturelle, la cicatrisation consécutive loin de favoriser l'extension de la peau, contribueroit encore à son raccourcissement.

C V.

LA TEIGNE (*Porrigo, tinea capitis*).

Exanthême chronique, contagieux, qui a son siége dans le cuir chevelu, et qui attaque

les enfans pauvres de l'un et de l'autre sexe, depuis l'âge de deux à trois ans jusqu'à celui de la puberté. Cette maladie dégoûtante, difficile à guérir, est en général le partage de l'indigence et de la malpropreté. Quelques praticiens disent avoir vu la teigne se manifester spontanément dans un âge avancé (1). Des individus en ont été attaqués pour la première fois à l'âge de trente ans (2) ; mais comme elle est contagieuse, elle pourroit avoir été communiquée par l'usage du peigne, de la brosse, du bonnet, ou du lit d'un teigneux (3).

On distingue trois espèces de teigne qu'on nomme faveuse, rugueuse, furfuracée, d'après l'aspect différent que présentent les croûtes sèches ou humides, jaunâtres, grisâtres, dont le cuir chevelu d'un teigneux est parsemé. La plus commune est la faveuse, ensuite la rugueuse, puis la furfuracée. Quelques auteurs en admettent encore d'autres espèces, mais sans nécessité, la nature et le siége de cette maladie étant toujours les mêmes. Elle

---

(1) Medical and physical journal, by Bradley and Batty, tom. 8, p. 554.

(2) Mémoires sur les hôpitaux de Paris, par M. Tenon, p. 74.

(3) Mêlanges de Chirurgie, par M. Saucerotte, p. 618.

se déclare de la manière suivante. Il se forme dans l'épaisseur du cuir chevelu plusieurs tubercules du volume à-peu-près d'un petit pois, qui causent de la démangeaison et excitent l'enfant à se gratter. La base de ces tubercules est rougeâtre, le sommet en est blanc, il s'ouvre de lui-même, et pour peu qu'on le presse, il en sort un fluide visqueux, puriforme, qui en se desséchant, produit une croûte jaunâtre, enfoncée ou déprimée dans son centre. De nouveaux tubercules se développent peu de temps après, se réunissent avec les précédens, et s'ouvrent comme eux à leur sommet. La couleur du fluide qui en sort, la multitude de ces petites ouvertures cutanées semblables jusqu'à un certain point aux alvéoles ou cellules d'un rayon de miel, ont fait donner à cette espèce de teigne, considérée dans son premier état, le nom de teigne faveuse, *tinea favosa*, dénomination adoptée par Ingrassias (1), ensuite par les modernes, d'après les médecins grecs qui ont nommé *cerion* tout ulcère cutané, tuberculeux, percé de plusieurs petits trous desquels suinte un fluide jaunâtre de la couleur du miel. Il se forme enfin, par la réunion de

---

(1) De tumoribus præter naturam, p. 172.

tous ces tubercules suppurés, plusieurs croûtes épaisses, disséminées en manière de plaques sur la tête de l'enfant. Elles donnent une odeur fade, nauséabonde, qu'on a comparée à celle du beurre rance. Elles s'étendent peu à peu jusque sur le front, les tempes, la nuque, avec engorgement des glandes cervicales et jugulaires. La démangeaison est augmentée dans la plupart des teigneux par une excessive quantité de poux qui fourmillent sur leur tête.

La teigne nommée rugueuse ne diffère point essentiellement de la précédente : on la reconnoît à des croûtes blanchâtres ou grisâtres, jetées çà et là sur la tête, à-peu-près comme du plâtre qu'on jetteroit contre une muraille, en l'éparpillant par plaques. De plus, les tubercules sont inégaux, irréguliers, bosselés, sans être enfoncés ou déprimés à leur sommet.

Celle qu'on nomme furfuracée est formée d'écailles nombreuses, blanchâtres, molles, farineuses, qui en se desséchant tombent en poudre grossière comme du son, lorsqu'on secoue les cheveux ou la tête. Elle attaque de préférence les enfans en bas âge, qui sont d'un mauvais tempérament et qui ont la peau très-blanche et les cheveux blonds. Le poëte

Serenus Sammonicus l'a très-bien décrite dans les deux vers suivans (1):

Cum caput immensâ pexum porrigine ningit,
Copia farris uti frendentibus edita saxis.

La teigne invétérée, abandonnée à elle-même, produit des gerçures, des crevasses à la peau du crâne, qui privée de son épiderme conserve une rougeur dartreuse dans toute sa surface. C'est ce qu'on observe lorsque les croûtes sont tombées par l'application de cataplasmes émolliens. Toute la peau est rouge et parsemée d'une multitude de petits ulcères blancs qui ont peu de profondeur; rarement ils s'étendent au-delà du cuir chevelu, et il est encore plus rare que la table externe de l'os soit attaquée de carie. Le siége de cette maladie paroît être dans les cryptes ou follicules destinés à la sécrétion de cette humeur grasse, onctueuse, qui forme la crasse de la tête, et non pas dans les bulbes des poils, puisqu'après la guérison les cheveux subsistent dans toute leur intégrité. On a présumé que cette maladie se guérissoit spontanément après l'âge de puberté. Nous n'avons point d'observations qui puissent vérifier une pareille assertion, et nous serions plutôt disposés à adopter

(1) De re medica, cap. 3.

un avis contraire. Nous savons seulement que dans l'hôpital des teigneux établi à Paris depuis plus de cent ans, on y traite beaucoup d'enfans de l'âge de trois à quatre ans, et qu'on y voit rarement des personnes de trente ans. C'est vers la neuvième ou dixième année qu'il se présente un plus grand nombre de malades. Une opinion assez probable, est que la teigne est au cuir chevelu des enfans, ce que la mentagre, ou dartre croûteuse, est à la peau du visage de quelques personnes adultes.

Le traitement de cette maladie est encore empyrique ou purement local, dans les hôpitaux de Paris. On n'a presque jamais recours à aucun médicament interne, parce qu'on y regarde la teigne comme une affection locale, rarement compliquée avec d'autres maladies. On coupe les cheveux à la longueur d'une ligne, on brosse la tête et on la recouvre ensuite d'une calotte emplastique qu'on enlève au bout de deux ou trois jours par arrachement, procédé sûr, mais excessivement douloureux, et qu'on renouvelle pendant trois à quatre mois jusqu'à parfaite guérison. Il est exactement décrit dans la Chimie Médicinale de Malouin (1). Nous en avons fait plusieurs

(1) Tom. 2, p. 154.

fois

fois l'expérience, et comme elle a toujours été suivie de succès, nous croyons devoir exposer ici fidèlement les propres paroles de cet auteur.

« La guérison des teigneux consiste à leur » faire appliquer sur la tête un emplâtre que » je fais préparer avec une pinte de bon » vinaigre blanc dans lequel on délaye quatre » onces de farine de seigle : on met le tout » sur le feu et on remue continuellement ; on » y ajoute une demi-once de verd-de-gris en » poudre ; on fait bouillir doucement pen- » dant une heure, ensuite on ajoute de la poix » noire et de la résine, de chaque quatre on- » ces, de la poix de Bourgogne six onces. Lors- » que le tout est fondu, on retire du feu et on » jette aussi-tôt dans l'emplâtre six onces » d'œthiops antimonial en poudre fine (union » du mercure et de l'antimoine par une lon- » gue trituration). On mêle exactement en- » semble, jusqu'à ce que le tout soit congelé.

» Pour avoir cet emplâtre frais, il faut le » garder enveloppé dans un linge mouillé de » vinaigre. La manière de se servir de cet » emplâtre consiste à laver d'abord la tête du » teigneux avec de l'urine de vache, après » l'avoir fait un peu chauffer ; ensuite on » applique l'emplâtre qu'on laisse pendant

» trois jours. Il faut le lever à contre-poil et » l'arracher le plus promptement qu'on le » peut. On relave la tête avec de l'urine de » vache, et on met un nouvel emplâtre qu'on » arrache deux jours après. Dans la suite, il » faut renouveller l'emplâtre de deux jours » en deux jours, lavant chaque fois avec de » l'urine de vache. On continue ces panse- » mens jusqu'à ce que la tête soit nette et » blanche et que les cheveux repoussent. » L'emplâtre ne les arrache pas dans cet état, » ce qui est digne de remarque. Sur la fin du » traitement, il vient quelquefois des boutons » à la tête, mais ils ne sont d'aucune consé- » quence; et lorsqu'ils viennent à suppurer, » le pus n'en creuse point, comme fait le pus » de la teigne, et l'emplâtre n'attire point la » matière de ces boutons simples. Pendant le » traitement, on fait prendre tous les jours » quelques grains d'œthiops antimonial qu'on » incorpore avec l'extrait de fumeterre ou de » chicorée ».

Quoiqu'il y ait sans doute beaucoup à réformer dans le procédé qu'on vient de lire, nous avons cru néanmoins ne devoir y rien changer, et les enfans que nous avons traités de cette manière, quoique très-douloureuse, ont tous été parfaitement guéris. Cet emplâtre

doit être étendu sur de la toile neuve, un peu forte : en l'appliquant sur la tête, on doit le fendre en différens sens, afin qu'il ne fasse aucun pli et qu'étant desséché, on puisse l'enlever par partie et à contre-poil. Plusieurs praticiens ont proposé un traitement beaucoup plus doux ; mais il a besoin d'être confirmé par une plus longue expérience. On lave d'abord la tête avec une eau de savon tiède, on enlève avec la brosse les croûtes, et on en accélère la chute par des cataplasmes de farine de lin, ou par des onguens suppuratifs dans lesquels on fait entrer le basilicon, quelques grains de poudre de cantharides, ou une portion d'emplâtre vésicatoire. M. Saucerotte (1) dit avoir obtenu des succès marqués en se servant d'un cataplasme fait avec la graine de lin et les baies de genièvre. D'autres ont employé une pommade faite avec deux onces de fleurs de soufre et cinq onces de cérat ordinaire. Quelques-uns ont vanté un mélange d'une once de graisse de porc et d'un gros de mercure précipité blanc. Des lotions faites d'abord avec l'eau phagédénique pure, après la chute des croûtes, et des compresses imbibées de cette même eau affoiblie

(1) Mélanges de Chirurgie, p. 615.

avec un tiers d'eau commune, appliquées et renouvellées de temps en temps, ont opéré, à ce que l'on assure, plusieurs guérisons radicales. Sans doute la teigne n'est pas également opiniâtre dans tous les individus, et il est possible que plusieurs enfans aient été guéris par l'un ou l'autre de ces topiques. Néanmoins lorsqu'elle est ancienne, invétérée et qu'on n'a pas réussi à la détruire complètement, l'unique ressource consiste dans l'application de la calotte emplastique et dans l'usage des bains, des purgatifs, des tisannes amères et autres remèdes vulgairement usités dans la cure des maladies dartreuses.

Les croûtes surnommées laiteuses, ou la gourme des enfans (*achores, scabies humida infantum, ulcera manantia capitis*), forment un exanthème totalement distinct de la teigne avec laquelle on ne doit point les confondre. Cette éruption croûteuse, jaunâtre, plus ou moins humide, et prurigineuse, se manifeste à la peau du visage, derrière les oreilles et dans le cuir chevelu de la plupart des enfans, pendant la première année de la vie. On l'a toujours regardée comme critique, avantageuse, comme une dépuration que la nature procure et qui préserve les enfans de maladies beaucoup plus graves. Ces croûtes restent

attachées à la peau pendant un certain temps et tombent ensuite d'elles-mêmes par dessication. Lorsqu'elles restent absolument sèches dans le cuir chevelu, ou lorsqu'on a employé inconsidérément des topiques dessicatifs, l'enfant est attaqué d'ophtalmie avec chassie, ou d'un écoulement puriforme par les oreilles: quelquefois il éprouve des accidens encore plus graves, ceux d'une maladie répercutée. On les prévient par l'application d'un vésicatoire à la nuque, ou derrière les oreilles, en ramollissant ces croûtes, en excitant par des remèdes émolliens, tels que des feuilles de poirée enduites de beure frais, une légère suppuration dans le cuir chevelu. Il s'y forme des ulcérations superficielles dont il est nécessaire d'entretenir le suintement. On ignore quelle est la véritable cause de cette maladie cutanée particulière à l'enfance. Dépend-elle de la qualité du lait dont on nourrit les enfans pendant les deux premières années de leur vie? ou bien est-elle le produit d'une affection gastrique, bilieuse, qui agit sur la peau, et qui n'a point été évacuée par des purgatifs? Il faut convenir qu'on est bien peu instruit sur les causes et les effets des affections cutanées considérées soit dans l'enfance, soit dans l'âge adulte.

C V I.

LA GALE.

Éruption cutanée, prurigineuse, formée d'une multitude de petites pustules milliaires, séreuses, grisâtres, disséminées sur la surface de la peau. La gale se communique par contact, par l'attouchement des linges, des vêtemens, de la personne elle-même qui a cette maladie. Les femmes, les enfans la contractent plus aisément que les adultes. Elle se manifeste d'abord aux poignets, dans l'interstice des doigts, aux jarrets, se répand ensuite sur toute la surface du corps et quelquefois sur le visage, comme nous l'avons observé dans plusieurs enfans de trois à quatre ans chez lesquels cette maladie étoit invétérée. On distingue deux espèces de gale, l'une humide et l'autre sèche. La gale humide attaque de préférence les enfans, les jeunes personnes : elle est formée de vésicules qui contiennent une sérosité très-limpide. Ces vésicules, en s'ouvrant, produisent des ulcérations superficielles qui se recouvrent promptement de croûtes ou écailles que les malades enlèvent en se grattant par excès de cuisson et de démangeaison, sur-tout pen-

dant la nuit. Le docteur Wichmann, médecin d'Hanovre, et membre de la société de Goëttingue, a publié en 1786 une dissertation sur l'insecte de la gale, *acarus scabiei*, qu'on trouve dans les pustules récentes et séreuses des galeux. Il est excessivement petit et de la classe des mites ou cirons : il ressemble à l'insecte qu'on trouve dans les fromages, la farine et autres substances nutritives gardées long-temps. Si on ne le découvre pas dans toutes les pustules galeuses, c'est, à ce que croit cet auteur, parce qu'il meurt peu de temps après avoir déposé ses œufs. Il n'est cependant pas prouvé que la gale soit une maladie purement locale et produite uniquement par la présence de cet insecte. La gale sèche, *scabies fera*, semblable en quelque sorte à celle dont les chiens sont affectés, est plus opiniâtre, plus difficile à guérir que celle qui est humide. Elle consiste en plusieurs petites pustules milliaires, blanches, luisantes, qui donnent très-peu de sérosité lorsqu'on les enlève en se grattant, et qui produisent un prurit insupportable.

Il est quelques endroits de la France où l'on dit que la gale est endémique. Ce n'est point la gale contagieuse proprement dite, c'est une affection dartreuse, milliaire, prur-

gineuse, résultat de l'indigence et de la malpropreté, comme cela se voit dans la sale et triste ville de Quimper-Corentin, et autres endroits de la Bretagne : les mots *lichen*, *serpigo*, *impetigo*, désignent chez les anciens des éruptions milliaires, prurigineuses, auxquelles on donne vulgairement le nom de gale ou gratelle. Galien a dit dans ses définitions de médecine : *Lichen est asperitas cutis cum magno pruritu*, ce qui ne caractérise pas suffisamment la maladie qu'il a voulu décrire. Les auteurs modernes ont aussi donné le nom de gale vénérienne, scorbutique, à une affection cutanée, prurigineuse qui n'est pas proprement la gale.

Les accidens les plus graves peuvent être la suite de la métastase ou répercussion de cette maladie contagieuse. Si l'éruption disparoît subitement par un traitement empyrique, immédiatement après qu'elle s'est manifestée, il se forme en différentes parties du corps des abcès qu'il est nécessaire d'ouvrir, mais qui ne terminent pas toujours complètement la maladie, malgré l'abondance de la suppuration. Plusieurs personnes sont tombées dans le marasme, dans la phtysie, ou ont éprouvé d'autres maladies chroniques

par suite de cette répercussion (1). En pareille circonstance, on applique avec succès un large vésicatoire ; on fait prendre des bains tièdes, des tisannes amères, des purgatifs, et ce qui est souvent encore plus efficace, on fait reprendre au malade la gale par un nouveau contact. Le soufre, employé en pommade, avec laquelle on fait des onctions, est un remède efficace, sur-tout pour les femmes et les enfans attaqués de gale humide et récente. On prépare d'abord le malade par quelques bains tièdes, par l'usage d'une tisanne amère continuée pendant quelques jours et par un purgatif : ensuite on le fait frotter deux fois le jour avec deux gros de la pommade suivante, composée de quatre onces de fleurs de soufre, de deux onces de sel marin et d'une livre de graisse de porc, ou de pulpe de racine de patience ; faisant du tout un mélange très-exact. Nous préférons ce topique à l'onguent mercuriel citrin, qui malgré son efficacité reconnue, peut donner la salivation à une femme ou à un enfant. Si la gale est sèche, invétérée, on insiste sur les bains, les purgatifs, les tisannes amères : on fait

(1) Recueil d'Observations de médecine des hôpitaux militaires, tom. 2, *in*-4°. p. 308.

prendre intérieurement quelques grains de fleurs de soufre ou de mercure doux, et l'on fait des frictions avec une pommade composée d'une once d'onguent rosat, et d'un gros de mercure précipité blanc.

CVII.

LES FISTULES.

Les chirurgiens français, qui pour la plupart ont eu sur ceux des autres nations le mérite très-rare de la méthode et de la clarté dans la discussion des matières soumises à leur examen, ont remarqué qu'il y avoit une différence réelle entre l'ulcère sinueux et l'ulcère fistuleux. Un sinus est un conduit profond, sans issue, avec un orifice ordinairement étroit et quelquefois calleux. Une fistule, au contraire, a deux ouvertures, l'une extérieure cutanée, l'autre intérieure, qui aboutit dans un canal excréteur ou dans une cavité. L'ulcère sinueux a pour l'ordinaire son siége dans un endroit où le tissu cellulaire est dilatable et abondant. C'est souvent le résultat d'un abcès profond qu'on a ouvert tardivement par une incision trop étroite. Alors le pus séjournant dans le fond de cet

ulcère, et n'ayant point d'issue libre pour s'évacuer au-dehors, se creuse des clapiers en s'insinuant dans l'interstice de toutes les parties où il peut pénétrer. Des tentes, des canules, des bourdonnets introduits avec violence dans l'orifice trop étroit de cet ulcère, irritent et enflamment ses bords, qui à la longue deviennent durs et calleux. Ces duretés, ces callosités consécutives, ne sont pas la cause, mais l'effet de la maladie. Elle est encore produite par la présence d'un corps étranger qui séjourne dans le fond de l'ulcère depuis un temps plus ou moins long, et qui en perpétue la durée, par une carie, par la dénudation d'un cartilage, d'un tendon, d'une aponévrose dont la surface doit s'exfolier, enfin par un vice de la peau qui, amincie, usée, n'est plus susceptible de recollement, ou dont les bords durs, renversés en dedans, ne peuvent être mis en contact pour former une adhérence mutuelle. C'est ce que l'on observe assez communément dans les ulcères profonds du creux de l'aisselle, suite d'abcès dans cette partie. Si tout le tissu cellulaire graisseux a été détruit, si après cette perte de substance il reste des glandes squirrheuses et en suppuration, ou si l'on a introduit avec violence de la charpie dans cette cavité dont

le fond n'est point détergé, l'ulcère devient chronique, ses bords flottans restent durs, calleux, et se renversent de manière à ne pouvoir être mis en contact pour se réunir. Tous ces faits prouvent que dans la curation des ulcères sinueux, on doit employer des procédés différens et relatifs à la cause particulière du mal. Ainsi l'incision du sinus dans toute sa longueur, lorsqu'il est superficiel et cutané, afin d'en opérer la détersion et de s'opposer au séjour du pus : une contre-ouverture, qui donne le même résultat, et que l'on emploie de préférence, lorsque l'épaisseur des parties ne permet pas de les inciser dans toute leur étendue; l'usage d'un séton, des injections détersives, une compression exercée méthodiquement avec de la charpie et un bandage expulsif, afin de rapprocher des surfaces qui sont ulcérées dans toute leur longueur; enfin la scarification, l'excision des bords de l'ulcère, qui sont durs et incapables de se ramollir par suppuration, sont autant de procédés curatifs vulgairement usités. Ils tendent tous à convertir l'ulcère sinueux en un ulcère simple, dont l'étendue, mise à découvert, est susceptible de détersion et de cicatrisation. Si c'est un corps étranger qui par son séjour entretient la suppuration,

on examinera s'il convient d'en abandonner l'expulsion à la nature, ou s'il est préférable d'en faire l'extraction par une contre-ouverture, ou en aggrandissant l'orifice de l'ulcère. Le défaut de consolidation dépend-il d'une carie située profondément et loin de l'orifice du sinus? dans ce cas, l'ulcère est ordinairement incurable par l'impossibilité de remédier à la maladie de l'os. C'est ce qu'on observe journellement dans les ulcères compliqués de carie aux côtes, aux vertèbres, aux os du bassin et à ceux des grandes articulations : ulcères qu'on ne guérit point, et pour lesquels on se contente de la cure nommée palliative.

La fistule étant un ulcère plus ou moins profond, dont l'orifice extérieur est ordinairement très-étroit, avec ou sans callosités, et qui aboutit par une direction droite ou oblique dans un canal, ou dans une cavité, exige pour sa curation, des procédés qui doivent nécessairement varier en raison de la structure de la partie affectée. C'est ce que nous allons examiner.

Fistule Salivaire.

Nous avons parlé précédemment de celle qui est la suite d'un abcès de la glande paro-

tide avec ulcération de quelques-uns des petits canaux excréteurs de cette glande : il ne s'agit ici que de la fistule produite par la lésion du canal de Sténon. Plusieurs observations apprennent qu'une plaie faite à la joue, par un instrument tranchant, par un coup de sabre qui a divisé la peau et le canal salivaire de Sténon, est susceptible d'une prompte réunion, sans qu'il en résulte nécessairement une fistule. Lorsque l'effusion primitive du sang est arrêtée et qu'on recouvre cette plaie de charpie sèche, on voit la salive s'écouler sur la joue dans les mouvemens de la mâchoire inférieure, quand le malade parle ou mâche ses aliments. Cette plaie, dans laquelle les parties avoient été nettement divisées a été guérie sous nos yeux dans l'espace de douze à quinze jours, sans fistule. Les lèvres de la division mises en contact, se réunirent par première intention, à l'aide d'un appareil légèrement compressif. Le malade garda le silence le plus absolu et ne se nourrit qu'avec du bouillon pris à la cuiller, afin de ne point faire mouvoir les muscles de la face. Ce succès n'est pas toujours constant. Il est possible que le canal soit ouvert dans tout son diamètre, ou dans un de ses côtés. Il peut l'être par une plaie contuse peu susceptible de réunion, ou

par suite d'un abcès, d'un ulcère qui occupe l'épaisseur de la joue, ainsi qu'après l'excision d'une tumeur lymphatique située entre la peau et le muscle buccinateur, excision suivie d'un ulcère incurable, avec perte de substance et écoulement de la salive au-dehors, lorsque l'opération a été faite sans règle, sans méthode et en perforant l'épaisseur de la joue.

La fistule salivaire se présente sous divers aspects. Quelquefois elle est compliquée de fungosités protubérantes qu'il est nécessaire de détruire. D'autres fois cette complication n'existe point et l'on n'apperçoit sur la joue que l'orifice extrêmement petit et nullement calleux d'un ulcère plus ou moins profond. Divers procédés ont été imaginés pour la guérison de cette maladie. Le plus ancien de tous, celui qui a été pratiqué plusieurs fois avec succès, consiste à cautériser profondément l'orifice fistuleux avec la pierre infernale, de manière que l'escharre produite par ce caustique, fasse corps avec la peau environnante et reste long-temps sans se détacher, en faisant, pour ainsi dire, l'office d'un bouchon (1). Le second procédé a pour auteur un chirurgien de Paris, nommé De

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 5, p. 263.

Roy (1). Il consiste à perforer la joue et à passer un séton par cette route artificielle, afin de changer la fistule externe en fistule interne, en établissant une route permanente à la salive au-dedans de la bouche. Cette route est entretenue au moyen du séton que le malade conserve jusqu'à la parfaite consolidation de l'orifice externe de la fistule, condition sans laquelle ce procédé est inutile. On l'exécute de la manière suivante. Le malade, assis sur une chaise, et la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, on porte dans l'orifice de la fistule la pointe d'un petit troicart avec lequel on perce le muscle buccinateur obliquement de haut en bas et de derrière en devant. Le troicart retiré, on passe dans l'ouverture qu'on vient de faire une aiguille à séton enfilée de plusieurs brins de fil ciré. On croise sur la joue les deux extrémités de ce séton

(1) Le nécrologe des Chirurgiens de Paris fixe la mort de Jacqnes De Roy au 20 novembre 1702. Il avoit exercé la chirurgie dans les guerres d'Allemagne, en 1688 et 1689, dans l'armée commandée par le maréchal d'Huxelles. Saviard, Obs. 121, p. 531. — Morand, Opuscules de chirurgie, p. 198. — Cheselden, Anatomy, chap. 3, p. 143. — Monro, medical essays of Edinburgh, tom. 2, p. 249. — Journal de Chirurgie par Desault, tom. 4, p. 294.

que l'on conserve pendant environ quinze à vingt jours, avec l'attention de changer les fils selon le besoin. On les ôte successivement, à mesure que l'orifice externe de la fistule se cicatrise par l'écoulement de la salive dans l'intérieur de la bouche.

On a encore proposé de ne point percer la joue, mais de rétablir le diamètre du canal salivaire qu'on suppose oblitéré, en y introduisant un séton composé d'un fil ou deux que l'on feroit passer par l'orifice extérieur de la fistule jusque dans la bouche. Nous n'avons point d'observations qui attestent la possibilité et le succès de ce procédé suggéré par l'imagination, plutôt que par l'expérience.

Fistule Lacrymale.

Si les larmes, par une cause quelconque, ne peuvent passer librement par leurs conduits jusque dans le nez, il en résulte d'abord un larmoiement et la sécheresse de la narine du côté affecté. Cet obstacle au passage des larmes dépend de ce qu'elles n'arrivent point dans le sac lacrymal, ou de ce que si elles y arrivent, elles ne peuvent passer de ce sac par le canal nasal dans le nez. Dans le premier cas, la maladie est dans les points ou conduits

lacrymaux qui n'absorbent point les larmes; dans le second, la cause morbifique réside dans le sac lacrymal et dans le canal nasal. Les larmes, en parvenant librement jusque dans le sac, sans pouvoir passer par le canal nasal, remplissent ce sac, le distendent, et il se forme dans l'angle interne de l'œil une tumeur circonscrite peu douloureuse, sans inflammation, sans changement de couleur à la peau, tumeur qui se vide lorsqu'on la comprime avec le bout du doigt; le fluide accumulé dans le sac refluant alors par les points lacrymaux. Cette tumeur se remplit de nouveau et subsiste long-temps dans le même état, sans augmenter ni diminuer sensiblement. On lui a donné le nom d'hydropisie du sac lacrymal. Peu à peu, le fluide retenu dans ce sac, cesse d'être limpide, il devient puriforme, jaunâtre, parce que l'intérieur du sac et du canal nasal est dans un état de phlogose habituelle, ou de fausse inflammation, avec sécrétion puriforme, semblable à celle qui résulte de l'ophtalmie chronique des paupières. Il ne s'écoule par le nez du coté malade aucune humidité, puisqu'il y a larmoyement; et si l'on comprime le sac distendu, il sort par les points lacrymaux un fluide muqueux et jaunâtre. Cette maladie,

qu'on a caractérisée d'obstruction du canal nasal, dépend de la tuméfaction inflammatoire, chronique, fungueuse, des tuniques de ce canal. Cette phlogose habituelle est, pour l'ordinaire, la suite de la petite vérole, d'une affection dartreuse, scrophuleuse, vénérienne, en un mot, d'une cause regardée comme acrimonieuse, déposée par métastase sur les tuniques du sac et du canal nasal; d'où il faut conclure qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'une opération quelconque puisse faire cesser une semblable inflammation.

Quelquefois il s'en forme une qui est phlegmoneuse et qui a son siége dans le tissu cellulaire qui recouvre le sac lacrymal extérieurement. Ce phlegmon cutané a été nommé *anchilops*. Lorsque la suppuration est faite, on incise la tumeur pour donner issue au pus qui est situé immédiatement sous la peau, et alors la guérison est prompte et facile. Mais si l'inflammation phlegmoneuse a son siége primitif dans le sac lacrymal, la tumeur rouge et douloureuse qui se forme dans l'angle interne de l'œil est consécutive : le sac et la peau qui le recouvre se crevent, et il résulte de cette crevasse un *œgilops*, ou fistule lacrymale externe qui donne issue aux larmes et à

du pus. On nomme fistule lacrymale interne celle dans laquelle le sac, au lieu de s'ouvrir extérieurement avec la peau, se crève dans sa partie latérale interne. Alors la tumeur du grand angle de l'œil se dissipe en partie, pour peu qu'on la presse; le pus sort par la narine, l'os unguis est carié, toute la région des voies lacrymales est douloureuse et tuméfiée. Cette carie s'observe rarement dans les fistules lacrymales externes, lors même qu'elles subsistent depuis plusieurs années.

On a successivement proposé, pour la cure de cette maladie, différens procédés dont nous ne parlerons point, parce qu'ils sont très-amplement décrits dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie. L'opinion de Petit étoit, que pour guérir la fistule lacrymale, il falloit, après avoir incisé la tumeur, désobstruer par l'introduction d'un corps dilatant, le canal nasal rétréci, devenu fungueux, comme on remédie au rétrécissement de l'urèthre par des sondes et des bougies. L'expérience a prouvé que ce procédé étoit rarement suivi de succès. Après avoir introduit pendant un mois ou deux des bougies, des cylindres de plomb dans le canal nasal; après avoir fait à diverses reprises des injections dans ce canal, et lui avoir rendu, autant qu'il étoit possible,

son diamètre naturel, le larmoiement subsiste après la cicatrisation de l'ulcère, et la maladie se reproduit, parce que l'obstruction de ce canal n'est pas toujours la cause de la fistule. Si, comme nous le croyons, il ne s'agit pas tant de le désobstruer, que de faire cesser une inflammation chronique semblable à celle des tarses par l'engorgement des glandes de Meibomius, on ne conçoit point que l'opération proposée par Petit puisse rendre à cette membrane phlogosée et tuméfiée depuis long-temps par affection varioleuse ou scrophuleuse, son état primitif; et cependant c'est cet engorgement chronique qu'il faudroit pouvoir détruire. Il est d'ailleurs bien prouvé, qu'après avoir dilaté long-temps le canal nasal par des sondes de plomb, il se rétrécit aussi-tôt qu'on les ôte, et il reprend son premier état morbifique. Enfin, si l'on veut supposer qu'il est désobstrué complètement et pour toujours, n'est-il pas possible que le sac lacrymal incisé, ulcéré, mis en suppuration, soit incapable de reprendre son organisation primitive, et devienne lui-même la cause de la reproduction de la fistule? D'après ces considérations, le procédé qui nous a paru le plus efficace, lorsque le sac conserve encore son intégrité, consiste à introduire dans

l'orifice du canal nasal dilaté, préliminairement une canule d'or, un peu conique, percée par ses deux extrémités, longue d'environ trois lignes, par-dessus laquelle on cicatrise la plaie ; canule que le malade conserve sans incommodité pendant toute la vie, et qui sert de route aux larmes. Comme elle est conique, il est rare qu'elle tombe dans la narine; d'ailleurs l'orifice dans lequel elle est introduite, tend toujours à se resserrer; ce qui contribue à l'affermir et à la maintenir en place. S'il n'y a plus d'espérance de rétablir le sac lacrymal dans son état naturel, parce qu'il est ulcéré et rempli de chairs fungueuses, on doit, après les avoir détruites autant qu'il est possible, perforer obliquement l'os unguis avec un troicart, et introduire dans cette ouverture artificielle une semblable canule d'or par-dessus laquelle on cicatrise l'ulcère. La carie de l'os unguis exige qu'on incise la tumeur si elle ne s'est pas ouverte, et qu'après avoir perforé cet os dans l'endroit où il est carié, on introduise par cette ouverture, jusque dans la narine, une mèche enduite d'onguent basilicon, pour hâter l'exfoliation et détruire les fungosités. Cette mèche se passe en introduisant dans l'ulcère plusieurs brins de fil que l'on enfonce le plus avant qu'il est

possible dans l'ouverture faite à l'os unguis. On fait ensuite pencher la tête du malade en devant et on l'invite à se moucher fortement. Alors le fil auquel la mêche est attachée se présente dans la narine, d'où on le tire au-dehors avec des pinces. Si la déperdition de substance faite à l'os unguis est très-grande, l'ouverture qui subsiste donne un libre passage aux larmes, et quoiqu'elle diminue de diamètre, elle procure une guérison radicale. Au contraire, si après la destruction de la carie l'ouverture subsistante dans l'os unguis est petite, on doit y introduire une canule d'or, comme dans les cas précédens, afin de procurer aux larmes une route artificielle. Tels sont les seuls procédés que nous avons employés avec succès pour la cure de la fistule lacrymale.

Fistule à l'anus.

Un ulcère avec ou sans callôsité, dont le trajet droit ou oblique est plus ou moins long, et qui aboutit par une ouverture étroite dans la cavité de l'intestin rectum, prend le nom de fistule à l'anus. Cette fistule est complète, lorsque l'ulcère a deux ouvertures, l'une externe et cutanée, l'autre interne et intestinale; ce qui est le cas le plus ordinaire. On

la nomme incomplète ou interne, lorsque la crevasse existe seulement à l'intestin, la peau ne s'étant pas encore ouverte. Enfin si après la formation d'un abcès phlegmoneux ou gangréneux qui a son siége dans le tissu cellulaire dont l'intestin rectum est recouvert, il subsiste un ulcère sinueux aboutissant à la surface amincie ou dénudée de cet intestin, on a donné à ce sinus le nom de fistule externe, dans l'opinion que l'intestin n'étoit point percé, et que les tégumens seuls s'étoient ouverts spontanément, ou l'avoient été par l'instrument tranchant après la formation de l'abcès. Mais un examen attentif et réfléchi a fait voir que dans le cas supposé, l'intestin rectum étoit percé d'une ouverture excessivement petite, et que la difficulté de la trouver avoit fait présumer qu'elle n'existoit point.

Il résulte de ces notions élémentaires, qu'une fistule à l'anus est toujours le résultat d'une inflammation des tuniques du rectum : inflammation qui s'est terminée par suppuration et par une crevasse de cet intestin, quelque petite qu'on la suppose. Alors les matières stercorales les plus fluides passant continuellement à travers cette crevasse, s'infiltrent dans le tissu cellulaire soucutané,

près la marge de l'anus, et produisent un abcès gangréneux auquel les praticiens ont donné le nom d'abcès stercoral, à raison de la cause qui le produit. Cet abcès étant ouvert, la fistule devient complète et est entretenue par le passage des mêmes matières le long du trajet fistuleux. Les causes ordinaires de cet abcès sont des hémorrhoïdes internes enflammées et suppurées, un corps étranger tel qu'un os, une arrête de poisson, une épingle, qui a été avalé, et qui après avoir parcouru la longueur du canal intestinal, s'arrête à l'extrémité du rectum qu'il perce et qu'il déchire, le vice vénérien, enfin tout ce qui peut produire dans les tuniques de cet intestin une inflammation suivie de suppuration. Indépendamment de ces différentes causes intérieures, on conçoit qu'une crevasse faite mécaniquement à la partie latérale interne du rectum, par un instrument piquant, par l'ongle du doigt, comme nous l'avons vû, peut donner lieu à une infiltration des matières stercorales fluides sous la peau dans un endroit très-éloigné de la crevasse; de même qu'on voit l'urine s'infiltrer dans le tissu cellulaire, et produire loin de la crevasse de l'urèthre un abcès gangréneux qui, en s'ouvrant, est suivi d'une fistule com-

plète. Aussi a-t-on vu plusieurs fois, dans des sujets d'ailleurs très-sains, des tumeurs rougeâtres, gangréneuses, s'étendre depuis l'anus jusqu'au jarret, à la suite d'une crevasse accidentelle du rectum.

Les abcès qui résultent de cette crevasse se forment en différens points et dans des endroits plus ou moins éloignés de l'anus. En se multipliant par l'infiltration successive des matières stercorales les plus fluides, dans des directions variées, il en résulte plusieurs sinus ou clapiers qui tous aboutissent à une seule ouverture du rectum. Ces sinus ou clapiers s'ouvrent extérieurement par diverses crevasses cutanées dont les duretés ou callosités souvent considérables sont en raison de l'ancienneté de la maladie. Ces sinus se cicatrisent, et ces duretés se fondent lorsqu'on a incisé, dans toute sa longueur, l'ulcère sinueux depuis la crevasse du rectum jusqu'à son orifice extérieur. Dans l'endroit où cette crevasse existe, l'intestin est détaché du tissu cellulaire qui l'environne, dans une étendue plus ou moins grande. Ce décollement est produit par le séjour des matières purulentes et stercorales accumulées dans un foyer commun. On s'assure de l'existence de la fistule par la vue et par le toucher. On voit à une

distance plus ou moins grande de l'anus un tubercule mollasse, fungueux, qui est l'orifice extérieur de la fistule, et duquel découle du pus mêlé avec le mucus intestinal. Quelquefois il sort des vents par cet orifice : le malade rend un peu de pus par l'anus, et si l'on injecte de l'eau par cet orifice cutané, elle pénètre dans le rectum. En portant le doigt dans l'anus, on sent à l'endroit de la crevasse une dépression plus ou moins considérable, tandis que l'on touche à nu la pointe du stilet porté par l'orifice externe dans le trajet fistuleux. On ne trouve pas toujours du premier coup l'ouverture ou la crevasse de l'intestin. Elle est quelquefois très-petite, située profondément, ou très-près de la marge de l'anus. Le trajet fistuleux est tantôt droit et tantôt tortueux : son orifice externe suit quelquefois une direction opposée à celle de l'orifice interne ; et comme la guérison de cette maladie est fondée sur la connoissance positive de l'endroit où est la crevasse de l'intestin, on ne doit point, sans l'avoir trouvée, entreprendre aucune opération. Lorsque les premières recherches ont été infructueuses, on agrandit le trajet fistuleux par un morceau d'éponge préparée, par le trochisque de minium : on fait de nouvelles injections d'eau tiède, et l'on

sonde la fistule très-doucement et en différens sens. Quelle que soit la difficulté de trouver la crevasse du rectum, il nous a paru qu'en portant le doigt dans l'anus, on la trouvoit toujours dans l'endroit où l'intestin est aminci et déprimé, tandis qu'on ne distingue point ailleurs ni cet amincissement ni cette dépression.

On a proposé pour la guérison de cette maladie différens procédés dont nous ne parlerons point, parce qu'ils sont très-connus et décrits avec beaucoup d'exactitude dans tous les traités de médecine opératoire. Il suffit de remarquer que le procédé essentiellement curatif consiste à fendre ou inciser dans toute sa longueur le trajet fistuleux depuis son orifice interne jusqu'à son orifice externe. Un bistouri droit et une sonde canelée flexible, suffisent ordinairement pour bien faire cette opération; elle a l'avantage de procurer une issue libre et facile au pus, ainsi qu'au mucus de l'intestin. Ces fluides ne séjournent plus dans le trajet fistuleux, dont les bords plus ou moins durs se dégorgent et s'affaissent par la suppuration, et deviennent dès-lors susceptibles d'une adhérence mutuelle, comme dans toutes les cicatrices un peu profondes.

Il est évident que cette opération a, comme

toutes les autres, ses bornes et ses limites, et qu'on ne doit point l'entreprendre sur des femmes enceintes, sur des personnes phtysiques, qui sont dans un état de cachexie, ou affectées de scorbut, de maladie vénérienne, à moins qu'on n'ait d'abord remédié à ces deux dernières maladies. L'opération terminée, la plupart des praticiens mettent une grande importance à introduire dans l'anus des mêches de charpie enduites de cérat ou d'un digestif, et à les placer de manière qu'elles maintiennent les bords de l'incision écartés et qu'elles en remplissent le vide. Il est probable qu'en agissant ainsi, on desire que la cicatrice de cette plaie longitudinale se fasse successivement de haut en bas, comme dans la fistule coupée lentement par un fil de plomb; car si les lèvres de la plaie se réunissoient d'abord inférieurement, la fistule subsisteroit, dit-on, dans la partie supérieure de la division qui a été faite. Mais ces mêches restent-elles constamment dans l'endroit précis où on les applique, et produisent-elles l'écartement qu'on desire obtenir? C'est ce dont il est permis de douter. Une fistule incisée complètement dans toute sa longueur, est en voie de guérison. Il suffit d'introduire dans l'anus, pendant les premiers jours, des

mêches enduites de cérat qui peuvent contribuer à opérer le dégorgement des bords plus ou moins durs du trajet fistuleux. Nous pourrions citer plusieurs observations confirmatives de cette opinion : nous nous bornons à rapporter celle qui suit.

Une femme âgée d'environ trente-cinq ans, d'un très-bon tempérament, avoit depuis quelques années un ulcère fistuleux qui pénétroit si évidemment dans l'intestin rectum, que lorsqu'elle rendoit un lavement, la liqueur sortoit en partie par l'orifice extérieur de cette fistule, dont le trajet étoit d'environ trois pouces de longueur. En portant un doigt dans l'anus, on sentoit la crevasse de l'intestin à un vide, un enfoncement avec ulcération du côté du coccyx. Cette femme ayant été préparée pendant quelques jours à l'opération qu'elle devoit subir, sa fistule fut complètement incisée à l'aide du bistouri droit et d'une sonde canelée. L'incision faite et le doigt porté dans sa partie la plus profonde, nous sentîmes au-dessus de la crevasse du rectum, que l'intestin étoit aminci, et formoit dans cet endroit une espèce de vide ou cul-de-sac. Il fut incisé, et le trajet fistuleux parut un peu dur. On y introduisit, sans le scarifier et sans en exciser les bords, une mêche de charpie.

Environ trente heures après cette opération, la malade eut une rétention d'urine pour laquelle nous fûmes obligés de la sonder soir et matin pendant trois jours. Nous lui fîmes prendre un bain tiède tous les matins, et la plaie fut pansée avec une mêche de charpie enduite de cérat. Ces pansemens furent continués pendant huit à dix jours, après lesquels cette femme fut prise d'une fièvre putride maligne, dont la durée fut d'environ cinquante jours. Pendant ce long espace de temps, les pansemens furent interrompus. La plaie, continuellement salie par l'écoulement des matières bilieuses, stercorales, s'agrandit et prit l'apparence d'un ulcère avec perte de substance. Néanmoins lorsque la malade entra en convalescence, nous crûmes devoir n'employer d'autre moyen, pour déterger et cicatriser l'ulcère dont les chairs étoient dures, quoique vermeilles, que de faire prendre beaucoup de bains tièdes. Peu à peu les duretés se ramollirent, et l'ulcère fut complètement cicatrisé, sans faire aucun pansement.

Fistule Urinaire.

Le canal de l'urèthre, quoique membraneux, est susceptible de se rétrécir sensible-

ment par différentes causes irritantes et spasmodiques. Telles sont essentiellement la phlogose qui augmente la sensibilité de ce canal, et la tuméfaction de son tissu spongieux. Les personnes qui ont des dartres au scrotum, celles à qui l'on a fait des injections irritantes dans le canal de l'urèthre, qui ont eu plusieurs gonorrhées vénériennes mal traitées, ceux sur-tout qui se sont livrés à la masturbation, aux plaisirs de l'amour trop prolongés, trop souvent répétés sans besoin, sans éjaculation, chez lesquels les parties extérieures de la génération éprouvent un orgasme habituel, sont les plus exposés au rétrécissement de ce canal. Cette constriction d'une partie plus ou moins longue de l'urèthre est passagère, ou permanente. Lorsqu'elle est passagère, c'est une affection spasmodique qui ne cesse que lorsqu'elle est surmontée par l'action de la vessie dans l'expulsion de l'urine et à laquelle on remédie par des bains tièdes, par des lavemens émolliens, des boissons délayantes. Il est des personnes qui ont le canal de l'urèthre d'une si grande sensibilité et tellement irritable, qu'il se resserre jusqu'au point de ne permettre qu'avec douleur et difficulté l'introduction d'une sonde métallique qui n'a pas été préliminairement

échauffée. C'est ce qu'on observe tous les jours chez les calculeux et les vaporeux affectés de crainte, de saisissement. La structure de l'urèthre n'est point altérée chez ces individus ; mais si une partie de ce canal est phlogosée, irritée, la contraction, à force de se répéter, augmente; elle n'est plus suivie de relâchement, et le canal se rétrécit de plus en plus dans l'endroit où il est constamment irrité. Goulard (1) et après lui Morgagni (2), ont prouvé par des observations multipliées que le rétrécissement permanent de l'urèthre étoit l'effet ordinaire du gonflement du tissu spongieux de cette partie. Ce resserrement se forme en différens endroits, vers la fosse naviculaire, dans le milieu de l'urèthre et souvent dans sa partie membraneuse, près le bulbe. Quelquefois il occupe une étendue de quatre à cinq lignes; d'autres fois c'est un simple resserrement dans un des points du canal. Les malades ne font pas d'abord grande attention à la difficulté qu'ils éprouvent à uriner : elle augmente insensiblement, et le jet de l'urine devient moins gros et moins

(1) Remarques sur les maladies vénériennes, tom. 2, p. 185.

(2) De sedib. et caus. morb. epistol. 42, art. 38.

long. Ce fluide, en sortant se bifurque, s'éparpille, ou décrit une spirale. Le besoin d'uriner souvent se fait sentir, et l'urine, dont le jet est depuis long-temps très-grêle, ne s'écoule plus que goutte à goutte. Ceux qui ont cette maladie depuis plusieurs années, et chez lesquels l'urèthre est variqueux, phlogosé, par plénitude et tuméfaction du tissu spongieux qui, à la longue s'affoiblit et perd son ressort, éprouvent des douleurs à la vessie, à l'extrémité de la verge, et sont exposés à avoir une rétention d'urine.

L'indication curative consiste à dilater successivement l'urèthre par la présence d'une sonde de gomme élastique, préférablement à une bougie trop flexible pour pouvoir, à raison de l'obstacle, être introduite jusque dans la vessie. On continue l'usage de la sonde que le malade doit garder jour et nuit jusqu'à ce que l'urèthre ait repris son diamètre naturel, et que l'urine sorte librement et à plein jet. Après la guérison, on doit encore avoir recours de temps en temps au même moyen, afin de conserver le degré de dilatation obtenue, et de s'opposer à un rétrécissement consécutif qui est toujours à craindre. S'il est récent, il cède bientôt à l'usage de la sonde continué sans interruption

pendant un mois ou deux. Lorsqu'il est ancien et parvenu à un dégré considérable, on peut encore le guérir : mais il faut insister plus long-temps sur l'usage de la sonde. Des malades ont été parfaitement guéris par ce procédé d'un rétrécissement de l'urèthre qui subsistoit depuis douze à quinze ans. Si l'on éprouve de la difficulté à introduire une sonde d'un diamètre ordinaire, parce que le rétrécissement est considérable, on se sert d'une sonde métallique très-fine et ensuite d'une sonde de gomme élastique garnie de son stilet, afin de lui donner de la solidité. Lorsque le canal de l'urèthre est douloureux, phlogosé, on l'accoutume par degré à la présence de ce corps compressif et dilatant, sans négliger les moyens accessoires, tels que les bains tièdes, les lavemens, les boissons adoucissantes, l'application des sangsues à l'anus, les injections d'opium dans l'urèthre.

On s'est servi jusque dans ces derniers temps de bougies emplastiques pour guérir ce rétrécissement, et on leur a attribué des propriétés qu'elles n'ont point. Elles ont au contraire l'inconvénient d'être flexibles, de se ramollir, de plier au moindre obstacle et de ne pouvoir être introduites qu'avec difficulté. Les malades sont obligés de les ôter plusieurs fois

dans la journée pour uriner, ce qui rend le traitement long et incommode, en supposant la maladie assez légère pour céder à un moyen aussi foible. Si l'extrémité de la bougie est arrêtée et serrée dans l'obstacle, et si pour le vaincre on continue de la pousser, elle se tortille, se replie sur elle-même, et on ne peut l'ôter qu'en causant des distensions douloureuses et des déchiremens. Au contraire, les sondes de gomme élastique à petit diamètre offrent un plus grand avantage, sans avoir aucun des inconvéniens des bougies emplastiques. La guérison qu'elles procurent est plus prompte, parce qu'on peut les laisser séjourner dans la vessie et qu'elles dilatent uniformément l'urèthre dans toute son étendue.

Un homme âgé de cinquante-sept ans, et qui dans sa jeunesse avoit eu une gonorrhée vénérienne, n'urinoit depuis dix-huit années qu'avec beaucoup de douleur et de difficulté; il rendoit du sang par la verge, avoit des hémorrhoïdes, un renversement habituel du rectum, et sentoit des douleurs dans les reins et dans la vessie. Il urinoit goutte à goutte, involontairement, ce qui l'obligeoit à porter un réservoir d'urine afin de ne point salir ses vêtemens. On lui avoit introduit à différentes reprises des bougies qui ne l'avoient

point soulagé et dont il avoit souvent interrompu l'usage. Tel étoit l'état de ce malade lorsqu'il se mit entre nos mains. Après lui avoir fait prendre quelques bains tièdes et avoir désempli les vaisseaux hémorrhoïdaux par l'application des sangsues, nous introduisîmes, avec beaucoup de douceur et de précaution, une sonde métallique très-fine jusque dans la vessie. La prostate n'étoit nullement tuméfiée, ce qui fut reconnu par l'introduction du doigt dans l'anus. La maladie consistoit uniquement dans le rétrécissement de l'urèthre, produit par l'état variqueux de ce canal et par le gonflement de son tissu spongieux. Des sondes de gomme élastique de différentes grosseurs furent substituées à la sonde de métal, et le malade en fit usage pendant quatre mois. Elles rendirent au canal de l'urèthre son diamètre naturel, et produisirent une guérison radicale, avec l'attention néanmoins de prendre de temps en temps des bains tièdes, d'appliquer des sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux et d'introduire tous les cinq ou six jours dans la vessie une sonde pour prévenir le rétrécissement consécutif de l'urèthre.

Les fistules de ce canal sont les suites de son rétrécissement. L'urèthre phlogosé, aminci,

se crève après qu'il s'est formé un point de suppuration dans ses parois, près l'endroit de la constriction. L'urine suinte par cette crevasse, fuse dans le tissu cellulaire, et produit des abcès qui vont s'ouvrir extérieurement au périnée, au scrotum, le long de la verge, loin de la crevasse qui leur a donné naissance. Il n'y a qu'une ouverture à l'urèthre, tandis qu'il en existe plusieurs extérieurement, plus ou moins éloignées les unes des autres. Ces fistules complètes se reconnoissent à l'écoulement de l'urine par leur orifice extérieur. Ce fluide, chassé par l'action de la vessie, parcourt une partie du canal de l'urèthre, sort goutte à goutte par la fistule, et en forme d'arrosoir lorsqu'il y a extérieurement plusieurs ouvertures. Il sort plus ou moins librement, selon que le canal est avec ou sans rétrécissement, selon la grandeur ou l'étroitesse de l'orifice interne de la fistule et la direction de son trajet. Ces fistules de l'urèthre ne fournissent qu'un pus séreux, blanchâtre, qui tache légèrement le linge et lui imprime une odeur urineuse, ce qui ne laisse aucun doute sur l'existence de la maladie. Leur ouverture extérieure est ordinairement terminée par une espèce de cul de poule, ou fungosité rougeâtre. Elles

sont accompagnées, dans leur trajet, d'une corde assez dure qu'on sent à travers les tégumens, et qui se dirige vers l'urèthre. Lorsque le malade rend son urine, il éprouve un sentiment de chaleur et d'irritation, qui l'avertit qu'une partie plus ou moins grande de ce liquide traverse l'urèthre et se détourne de la voie naturelle : alors le trajet fistuleux devient plus humide qu'à l'ordinaire. Si le canal est libre et si la fistule est étroite, l'urine sort en plus grande quantité par l'urèthre que par la fistule.

Cette maladie est incurable, lorsqu'il y a grande perte de substance au canal de l'urèthre, avec rétrécissement, déviation ou oblitération d'une partie de ce canal. Si la fistule est étroite, on la guérit, pourvu qu'on entretienne l'urèthre dans l'état de dilatation qu'on a obtenue, car pour peu que l'urine trouve d'obstacle à parcourir ce canal, elle agit sur la cicatrice et la rouvre : d'où résulte la difficulté de procurer une guérison radicale, lors même que la maladie paroît être terminée. La guérison de cette fistule s'opère en redonnant à l'urèthre son diamètre naturel et en rétablissant le cours de l'urine par la voie ordinaire. C'est ce qu'on obtient lorsqu'il est possible d'introduire dans la vessie de très-petites

sondes de gomme élastique et ensuite de plus grosses, qui empêchent que quelques gouttes d'urine ne s'insinuent dans l'ouverture fistuleuse. On obvie à cet écoulement de l'urine par la crevasse de l'urèthre, en tenant la sonde constamment ouverte, afin que ce fluide sorte tout entier, continuellement, sans séjourner dans la vessie dont l'action l'expulseroit entre la sonde et l'urèthre. Ce traitement exige que le malade garde le lit et la sonde pendant environ un mois ou deux. Les callosités se ramollissent et se fondent à mesure que le cours naturel de l'urine se rétablit, et quand même il y auroit plusieurs trajets fistuleux, leurs parois se rapprochent et se consolident dès que la cause qui les a produits et qui les entretient cesse d'agir. C'est une vérité constante, que les fistules avec perte de substance, quoique sans rétrécissement, guérissent plus difficilement à la verge qu'au périnée, parce que, dans ce dernier endroit, la peau, le tissu cellulaire, les muscles en se rapprochant peuvent s'unir aux parois de ce canal, tandis qu'au corps de la verge, la peau amincie, dénuée de tissu cellulaire, sur-tout chez les vieillards et les personnes amaigries, n'est plus susceptible d'agglutination.

Une crevasse de l'urèthre étant incurable, lorsqu'il est impossible d'introduire une bougie, une sonde très-fine jusque dans la vessie, parceque le canal est dévié et presque oblitéré dans une partie de son étendue, on demande s'il ne conviendroit pas de faire au périnée une incision assez grande pour pénétrer directement jusque dans la vessie dont on inciseroit le col, afin que le malade, qui est supposé n'uriner qu'avec beaucoup de peine par plusieurs trajets fistuleux, n'en eût dorénavant qu'un seul assez large pour que l'urine puisse s'écouler librement. Le cas que l'on suppose se rencontre rarement; mais enfin il existe, et nous avouons n'avoir point réussi en faisant l'opération dont on vient de parler. Si l'on a pu introduire par la plaie du périnée une canule de gomme élastique dans la vessie, les trajets fistuleux se guérissent d'eux-mêmes par le séjour de cette canule qui procure un écoulement libre à l'urine. Mais ils se rouvrent aussi-tôt qu'on cesse d'employer le même moyen; et l'idée de créer un trajet fistuleux au périnée est vraiment chimérique, parce que la vessie très-petite, très-sensible ne peut supporter long-temps la présence d'un tube qui appuie sur le col de ce viscère. Les douleurs sont continuelles, l'ouverture qu'on

a faite se rétrécit aussi-tôt qu'on ôte la canule et ne reste jamais assez grande pour l'écoulement de l'urine et pour que tous les autres trajets fistuleux se cicatrisent complètement.

Les fistules de l'urèthre sont beaucoup plus rares chez la femme que chez l'homme. La crevasse de ce canal aboutit par un orifice étroit dans le vagin, ou extérieurement, près le méat urinaire. C'est un ulcère sinueux, plus ou moins long, dont le trajet parcourt l'intervalle cellulaire qui existe entre la partie inférieure ou latérale de l'urèthre et la partie supérieure du vagin. Il sort quelques gouttes d'urine et de pus par l'orifice extérieur de cette fistule, laquelle est rarement accompagnée de callosités. L'indication curative consiste à introduire dans la vessie une sonde, afin de dilater l'urèthre plus ou moins rétréci et de procurer une issue libre à l'urine par ce canal. Néanmoins ces fistules, quoique très-simples en apparence, guérissent rarement par ce procédé. La sonde introduite dans la vessie, et maintenue débouchée, donne issue à l'urine ; mais le trajet fistuleux ne se recolle point avec le vagin qui n'offre pas un point d'appui suffisant, sur-tout s'il est large, comme dans les femmes qui ont eu plusieurs enfans, quoiqu'on y introduise une éponge ou plu-

sieurs petits morceaux de linge fin pour lui donner de la solidité. Il est d'ailleurs très-difficile de fixer invariablement une sonde dans la vessie des femmes, et si celle que l'on introduit est très-grosse, ou court risque de procurer une incontinence d'urine en dilatant outre mesure, et pendant long-temps, le col de la vessie qui, ainsi que l'urèthre, sont très-extensibles. L'action de ce viscère expulse toujours quelques gouttes d'urine qui en passant entre la sonde et l'urèthre s'insinuent dans la fistule et l'entretiennent. C'est ce que nous avons observé tout récemment dans une femme qui, par suite de contusion aux parties génitales, eut une inflammation suivie de suppuration dans cette partie avec crevasse à l'urèthre. Cette crevasse ayant subsisté pendant dix-huit mois dans le même état, n'a pu être guérie par les soins les plus assidus. Il existe près le méat urinaire un orifice très-étroit dans lequel un stilet pénètre de la longueur de trois à quatre pouces, en suivant une ligne droite qui est celle d'un sinus qui aboutit dans l'urèthre, près le col de la vessie. Il s'écoule par ce sinus fistuleux quelques gouttes de pus et très-peu d'urine, la presque-totalité de ce fluide ayant son issue

libre par la voie naturelle, ce qui rend cette incommodité très-supportable.

La fistule vésico-vaginale est un ulcère qui, du col de la vessie, ou du commencement de l'urèthre, s'ouvre dans le vagin avec écoulement de l'urine par ce conduit. Si dans un accouchement long et pénible, la tête de l'enfant arrêtée au détroit supérieur du bassin exerce sur la paroi antérieure du vagin et sur le col de la vessie une pression assez forte pour produire la gangrène, il reste après la chute de l'escharre une ouverture plus ou moins grande par laquelle l'urine s'écoule involontairement dans le vagin. La femme assujettie à cette infirmité dégoûtante, exhale une odeur urineuse très-fétide; elle éprouve des cuissons, des excoriations douloureuses aux parties génitales, le vagin continuellement imbibé d'urine devient calleux et fongueux; et si l'on y porte le doigt, il pénètre dans la vessie à travers l'ouverture commune à ces deux parties, lorsque la perte de substance du col de ce viscère est considérable: alors la maladie est incurable. Le seul soulagement qu'on puisse donner consiste dans des soins de propreté, dans l'usage des bains, des injections émollientes faites tous les jours dans le vagin où l'on introduit une éponge,

afin d'absorber l'urine et l'empêcher de se répandre sur les cuisses. Au contraire, si la fistule est petite, située au commencement de l'urèthre, on peut la guérir par l'usage constant de la sonde maintenue débouchée pendant un mois ou deux, avec l'attention que son extrémité dépasse dans la vessie l'ouverture fistuleuse. La cure consiste donc, comme dans les autres fistules, à détourner l'urine de sa route étrangère et à lui procurer une libre issue par la voie naturelle. Pour obtenir ce résultat, nous croyons qu'il est nécessaire que la femme soit encore assez jeune pour devenir enceinte : la matrice dans l'état de grossesse procurant par son volume un changement notable dans la situation respective des parties affectées.

Il est des fistules qui, chez l'homme, communiquent du col de la vessie, ou de la partie membraneuse de l'urèthre dans la partie antérieure et inférieure du rectum, avec ouverture au périnée, ou sans ouverture extérieure. Elles sont pour l'ordinaire la suite de l'opération de la lithotomie dans laquelle le rectum a été incisé. Quelques-unes dépendent aussi d'un ulcère primitivement formé, soit dans le rectum, soit dans la vessie, le mal devenant ensuite commun à deux parties qui

sont en contact mutuel. M. Chopart (1) a vu un homme âgé d'environ quarante-cinq ans, qui avoit la vessie petite, épaisse, en suppuration, contenant une pierre murale très-volumineuse, lequel mourut des suites d'un ulcère qui du bas-fond de la vessie communiquoit dans le rectum par lequel l'urine s'écouloit. Dans ce malade comme dans celui qui est le sujet de l'observation suivante, il n'y avoit point d'ouverture fistuleuse au périnée.

Un jeune homme âgé de dix-huit ans, rachitique, paralytique des extrémités inférieures, né de parens très-pauvres, qui habitoient un village près la ville de Pau dans les Pyrénées, avoit une pierre dans la vessie et une ouverture au rectum par laquelle il rendoit la plus grande partie de ses urines avec des douleurs inexprimables. C'étoit le résultat d'une opération de la lithotomie qui lui avoit été faite à l'âge de six ans par le petit appareil, opération dans laquelle on avoit incisé le rectum sans extraire la pierre, du moins en totalité. Depuis ce temps, il ne sortoit par la verge que très-peu d'urine et involontaire-

---

(1) Traité des maladies des voies urinaires, tom. 2, p. 184.

ment : incommodité d'autant plus grande, que ce malade étoit réduit à porter des jupons, ne pouvant plus se servir de culottes. La plaie du périnée étoit très-bien cicatrisée : elle avoit été faite parallèlement au raphé et l'on avoit incisé le col de la vessie et le rectum dans sa partie antérieure et inférieure. Une sonde introduite par l'urèthre dans la vessie, pénétroit aisément dans cet intestin. En introduisant un doigt dans l'anus, on touchoit la pierre à travers l'incision du rectum qui avoit au moins un demi-pouce de longueur et une semblable incision au col de la vessie parallèle à celle de l'intestin. Des personnes charitables avoient conduit ce jeune homme à Paris, où nous lui fîmes l'opération de la lithotomie en présence de M. L'Héritier qui alors étoit professeur d'anatomie dans l'école pratique de dissection, de M. Baseillhac fort exercé dans l'opération de la taille, et de M. Eiquem, chirurgien-major du régiment de la Fere, lequel avoit été précédemment notre prosecteur d'anatomie. La pierre, qui étoit volumineuse, ayant été extraite sans difficulté, la plaie fut parfaitement cicatrisée environ dix-huit jours après l'opération. Alors l'urine coula un peu plus abondamment par l'urèthre que par le rectum, la vessie

étant beaucoup moins irritée depuis l'extraction du corps étranger. Mais ce malade conserva sa fistule à laquelle l'art ne pouvoit absolument remédier. Nous croyons que c'eût été commettre une faute grave que de faire, après l'extraction de la pierre, une incision longitudinale dans laquelle l'ouverture de la vessie et celle du rectum auroient été comprises, afin de procurer la réunion de ces parties. Il seroit nécessairement résulté de cette opération inutile une ample ouverture, ou plutôt un vrai cloaque, qui auroit donné une issue continuelle à l'urine et aux matières stercorales. Cette incision du rectum, parallèle à celle du col de la vessie, établit une voie de communication par laquelle l'urine coule en abondance par l'anus ; des vents et quelques matières stercorales fluides s'échappent du rectum dans la vessie et sortent par l'urèthre avec très-peu d'urine ; enfin si l'on introduit une sonde par l'urèthre, elle passe facilement par l'ouverture du col de la vessie dans celle du rectum. Dans les uns, il y a de plus une fistule au périnée; dans les autres, il n'y a pas de fistule extérieure. Cette maladie guérit quelquefois en maintenant une sonde de gomme élastique dans la vessie, moyen qui peut réussir chez les enfans, lorsque l'ouverture

ture qui est au col de la vessie et à la partie antérieure du rectum qui lui est adossée, est petite. Si cette ouverture est grande, le mal est incurable.

Il en est de même des fistules qui, sans communiquer avec le rectum, subsistent après l'opération de la lithotomie. L'urine sort un peu par la verge et goutte à goutte par une ouverture qui, du col de la vessie ou de la partie membraneuse de l'urèthre, aboutit au périnée dont la plaie n'a pu être cicatrisée. Si la fistule est à l'urèthre, si elle est petite, et si ce canal n'a pas souffert de perte de substance proprement dite, le malade guérit à mesure qu'il reprend de l'embonpoint, et en maintenant dans sa vessie une sonde de gomme élastique qui empêche l'urine de passer par l'ouverture fistuleuse. Au contraire, s'il y a perte de substance à l'urèthre ou au col de la vessie, la maladie est incurable.

D'autres fistules communiquent du rectum dans la partie membraneuse de l'urèthre, chez l'homme, sans ouverture extérieure au périnée, ou du rectum dans le vagin, chez la femme. Elles ont presque toujours leur origine dans l'intestin affecté primitivement d'hémorrhoïdes suppurées, de corps étrangers retenus au-dessus du sphincter interne,

de tumeurs fungueuses, cancéreuses, vérooliques. L'ulcération s'étend dans le tissu cellulaire qui est entre le rectum et la partie membraneuse de l'urèthre dans laquelle il s'est fait une crevasse entretenue par le passage de quelques matières stercorales fluides qui sortent avec l'urine par la verge (1). Chez les femmes, les matières stercorales sortent en plus ou en moins grande quantité par le vagin, ce qui est quelquefois la suite de la maladie vénérienne communiquée *a venere præpostera*, selon l'expression de Marchettis (2). L'usage des sondes maintenues dans la vessie, chez l'homme, est insuffisant, si l'on ne commence par détruire la maladie de l'intestin. Dans la femme, la section de la fistule qui du rectum communique dans le vagin, peut être faite avec avantage lorsqu'elle a peu d'étendue. Dans le cas contraire, nous ne pouvons approuver qu'on incise profondément ces deux parties ainsi que le sphincter intestinal, et de faire ensuite, comme on l'a conseillé, des

(1) Rhodius, Obs. medic. centur. 2, obs. xc et xci. — Trioen, Obs. medic. chirurg. p. 58. — Petit, Œuvres posthumes, tom. 2.

(2) Obs. medic. chirurg. posthumæ, obs. 5, p. 135.

points de suture, afin de réunir la plaie du rectum et du vagin (1).

CVIII.

Vices de première conformation ou de naissance.

BEC-DE-LIÈVRE.

Division, ou fente longitudinale, un peu oblique de la lèvre supérieure, par vice de conformation dans quelques enfans nouveaux-nés. On ne connoît point la cause de cette difformité que nous n'avons jamais vue à la lèvre inférieure et qui peut-être n'y existe jamais.

Le bec-de-lièvre de naissance est simple, ou double. Il est simple, lorsqu'il n'y a qu'une seule division; il est double, quand il y en a deux peu éloignées l'une de l'autre et dans l'intervalle desquelles la portion de lèvre intermédiaire est quelquefois saine, quelquefois incomplète, ou remplacée par un tubercule en forme de bouton charnu, au-dessous de la cloison du nez, avec saillie produite par l'épine antérieure des os maxillaires et de

(1) Mélanges de Chirurgie, par M. Saucerotte, p. 530.

l'alvéole qui contient le germe d'une des dents incisives. Dans le bec-de-lièvre simple, la division ne s'étend quelquefois que jusqu'au milieu de la lèvre, communément elle se prolonge jusqu'à l'ouverture de la narine; dans celui qui est double, les os maxillaires et ceux du palais sont écartés les uns des autres à l'endroit de leur jonction naturelle, mais la luette est rarement divisée.

On ne peut remédier à cette difformité qu'en excisant toute la portion pulpeuse, rouge, vermeille, couverte d'épiderme, qui forme chacun des bords de cette division contre nature. Il résulte de cette excision une plaie récente, très-susceptible de réunion, en maintenant ses bords dans un contact mutuel par des points de suture et par l'application d'un bandage unissant. Cette opération est plus ou moins facile à exécuter, selon que le bec-de-lièvre est simple, ou compliqué. Les détails relatifs au procédé opératoire sont décrits avec tant d'exactitude dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie et dans tous les ouvrages modernes, qu'il seroit superflu d'en faire ici l'exposition. Nous remarquerons seulement qu'il est différentes manières d'opérer le bec-de-lièvre double. Si la portion de lèvre intermédiaire entre les deux divisions

est suffisamment longue, épaisse et grande pour supporter l'excision nécessaire de ses deux bords, ce qui est assez rare, on doit la conserver et opérer sur l'une et l'autre division séparément. Ainsi ce seroit alors une double opération à faire, non pas de suite, mais successivement, laissant quelques jours d'intervalle entre la première et la seconde opération. Si au contraire cette portion de peau intermédiaire est trop courte et incapable de réunion, si c'est plutôt un tubercule charnu qu'une portion de lèvre, ce qui est le cas le plus ordinaire, on doit retrancher totalement ce tubercule, ou cette peau difforme, et ne faire des deux divisions qu'une seule plaie avec perte de substance, mais dont les bords peuvent être réunis par la grande extension dont la lèvre est susceptible. L'écartement qui existe entre les os maxillaires et ceux du palais diminue peu à peu, après la cicatrisation de la plaie. Ces os se rapprochent, la déglutition qui d'abord étoit gênée devient plus facile. Nous pensons qu'il seroit inutile, pour faciliter ce rapprochement, de faire porter une espèce de bandage unissant qui comprimeroit douloureusement les joues de l'enfant : la nature opère toute seule cette réunion. Un conseil plus utile est de n'opérer

les enfans que vers l'âge de deux à trois ans, lorsqu'ils sont susceptibles de raison et de docilité. En faisant l'opération trop tôt, un mois ou deux après la naissance, comme on l'a conseillé, on risque de ne point atteindre le but qu'on s'étoit proposé, celui de remédier à une difformité très-apparente.

CIX.

CONFORMATION VICIEUSE DU FREIN DE LA LANGUE DANS LES ENFANS NOUVEAUX-NÉS.

Ce frein ou ligament destiné à assujétir et à borner les mouvemens de la langue, est quelquefois trop long, ou trop large, il se prolonge jusque vers la pointe de cet organe qui ne peut alors exécuter ses mouvemens. L'enfant ne peut prendre le mamelon de sa nourrice, ni téter. Si on lui met le bout du doigt dans la bouche, il ne le saisit point et ce même doigt ne passe point librement sous la langue qui est immobile et déprimée. En pareille circonstance, il y a nécessité de faire la section de la partie excédente de ce ligament : c'est ce qu'on nomme vulgairement couper le filet, opération qu'on ne doit jamais pratiquer lorsque l'enfant tète bien, quand

même ce ligament auroit l'apparence d'une conformation vicieuse (1). Le procédé le plus simple et le plus facile pour faire cette section consiste à élever autant qu'il est possible avec le pouce et l'index de la main gauche l'extrémité de la langue, ce qui contribue à tendre le ligament qui devient très-saillant par les cris de l'enfant. On coupe de devant en arrière ce qui est excédent avec des ciseaux dont la pointe est émoussée et que l'on tient de la main droite. La section est suffisante, lorsque la langue abandonnée à elle même a recouvré sa mobilité et que l'enfant peut téter. Nous pensons que les divers instrumens imaginés pour faire cette opération sont absolument inutiles. Dionis (2) et Petit son contemporain, assurent que des enfans sont morts d'hémorrhagie produite par la section des veines ranines dans cette opération, et qu'on a trouvé l'estomac rempli de tout le sang qui avoit été avalé. En supposant que ces faits ne soient pas exagérés, ils sont du moins excessivement rares, tant il est facile d'arrêter cette effusion de sang veineux par l'application

(1) Fab. Hildanus, centur. 3, Obs. 28. — Petit, Œuvres posthumes, tom. 3, p. 231.

(2) Cours d'opérations de chirurgie, 7e démonstration.

pour ainsi dire momentanée d'un peu de charpie imbibée d'esprit-de-vin, ou d'huile de térébenthine, ou en touchant les ramifications veineuses ouvertes avec la pierre de vitriol. L'espèce de fourche imaginée par Petit est inutile, insuffisante et n'a probablement jamais été employée par ce praticien. Il est en effet impossible qu'une bande soit fixée sur la langue d'un enfant nouveau-né, de manière à s'opposer invariablement aux mouvemens de cet organe.

Ce n'est pas toujours par vice de conformation du frein, que l'enfant ne peut mouvoir la langue et téter. Elle est quelquefois appliquée et comme collée à la voûte du palais par une substance muqueuse. On doit l'en détacher avec le manche d'une spatule, ou feuille de myrte. Des enfans qui depuis quelques jours n'avoient pu prendre le téton et qui étoient exposés à périr faute de nourriture, par cet obstacle à la déglutition, ont été rendus à la vie en abaissant la langue agglutinée pour ainsi dire au palais (1).

---

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 3, p. 16.

C X.

IMPERFORATION DES PARTIES GÉNITALES DE LA FEMME.

Cette imperforation est de trois espèces différentes et peut exister à la vulve, au vagin et à l'utérus.

L'imperforation de la vulve consiste dans l'adhérence des grandes lèvres dont les bords sont tellement unis ensemble, qu'on ne peut les écarter. Cette adhérence est totale, ou partielle. Elle existe dans toute la longueur des grandes lèvres, ce qui est extrêmement rare, ou dans une portion de leur étendue, ce qui est le plus ordinaire. Elle est de naissance, ou accidentelle. Quand elle est de naissance, il reste ordinairement à la partie supérieure de la vulve une ouverture oblongue pour l'écoulement de l'urine (1). Cette occlusion partielle ne met pas toujours obstacle à la génération. Des filles ont conçu malgré l'étroitesse excessive de cette partie (2).

Cette première espèce d'imperforation a

(1) Marchettis, Obs. posthum. obs. 1, p. 132.

(2) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1712. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. Epistol. 46, art. 11.

pour cause ordinaire l'ulcération des grandes lèvres, d'où résulte la réunion de leurs bords par une cicatrice mutuelle. La petite vérole l'a quelquefois produite chez de très-jeunes filles. Cette réunion peut aussi se faire accidentellement pendant la grossesse, et mettre ensuite obstacle à l'accouchement (1). On lit dans le recueil des observations de Trioen, p. 63, qu'une femme ne put accoucher et mourut, faute de secours, des suites de cette agglutination. Il est facile d'y remédier en désunissant par une incision longitudinale les grandes lèvres dans le lieu de leur adhérence. La malade étant située horizontalement, on introduit dans la petite ouverture qui subsiste à la vulve, une sonde cannelée, flexible, qui sert de guide à l'instrument tranchant. L'incision faite, on recouvre de charpie les parties divisées, et l'on s'oppose à leur réunion en les tenant écartées.

L'imperforation du vagin qui s'oppose à la copulation et à l'évacuation du sang menstruel est produite, 1°. par des fibres charnues situées à l'entrée de ce conduit, continues à celles qui lui sont propres, formant par leur entre-croisement une membrane épaisse

(1) Peu, Pratique des accouchemens, p. 245.

située derrière l'hymen qui est bien conformé; 2°. par l'hymen qui est sans ouverture, ou qui en a une excessivement petite; 3°. par une agglutination des parois du vagin dans une étendue plus ou moins grande à la suite d'ulcérations; 4°. enfin par une conformation vicieuse et de naissance dans cette même partie.

L'excessive étroitesse du vagin ne s'oppose point absolument à l'évacuation menstruelle, à la fécondation et à l'accouchement. Ce conduit s'élargit graduellement par l'usage des bains tièdes, par des fumigations émollientes, par des injections mucilagineuses. C'est surtout pendant les derniers mois de la grossesse, et au moment des fortes douleurs qu'éprouve la femme pour accoucher, que cette dilatation s'opère.

Lorsque l'imperforation du vagin est produite par l'hymen qui est sans ouverture, ou par la présence d'une seconde membrane épaisse, charnue, située derrière l'hymen, ainsi que le prouvent plusieurs observations (1), cet état se reconnoît aux signes

---

(1) J. F. Crell, Acta physico-medic. acad. natur. curios. tom. 9, obs. 61, p. 253. — Huber, ibid. tom. 6, p. 278. — Ruysch, Obs. anat. Chirurg. 22.

suivans dans les filles qui ont atteint l'âge de puberté. Le sang menstruel qui n'a point d'issue s'épanche dans la cavité du vagin et dans celle de l'utérus. Ce viscère se distend peu à peu comme dans la grossesse. Les règles n'ont jamais paru et sont totalement supprimées, le ventre est uniformément tuméfié avec symptômes équivoques de grossesse, des douleurs violentes reviennent périodiquement au temps où les règles devroient paroître; elles s'étendent dans la région des reins et des hanches; il se forme une tumeur ronde, livide, avec fluctuation, faisant saillie entre les grandes lèvres; enfin la compression exercée sur l'urèthre et le col de la vessie par le sang épanché dans le vagin et dans l'utérus, produit tardivement la rétention d'urine. Ce sang prend ordinairement une couleur de lie de vin : il est épais, noirâtre et fluide. Sa quantité est d'une ou de plusieurs livres (1). Tous ces accidens cessent en faisant une incision cruciale à la membrane qui s'oppose à l'évacuation de ce fluide. La malade est soulagée à l'instant même, et à mesure qu'il s'écoule au-dehors. On fait des injections déter-

(1) Ruysch, Obs. anat. chirurg. 32. — Heister, Acta physico-medic. acad. natur. curios. tom. 10, obs. 3, p. 10.

sives dans le vagin que l'on maintient dilaté par de la charpie enduite de cérat ou imbibée d'eau de guimauve.

Warner (1) dit avoir été consulté pour une petite fille âgée d'environ trois ans, que l'on croyoit être attaquée de la pierre, et qui éprouvoit depuis sa naissance de violentes douleurs en urinant. Après avoir examiné les parties, il crut voir que le méat urinaire étoit à moitié couvert par un prolongement de l'hymen qui étoit sans ouverture. Il incisa cette membrane, et dès-lors l'enfant n'eut plus de douleur et urina librement.

L'agglutination mutuelle des parois du vagin, suite ordinaire des ulcères vénériens, ou d'une inflammation gangréneuse de cette partie, s'oppose à la copulation et même à l'évacuation menstruelle. Lorsque cette cohésion occupe une très-grande surface, il est difficile d'y remédier en incisant d'anciennes cicatrices dures, calleuses, profondes, et de rendre à ce canal sa souplesse et son état naturel. On risque de percer le rectum ou la vessie en opérant; et cependant il n'y a d'autre moyen à employer que l'instrument tran-

---

(1) Observ. chirurg. 26. — Bartholin, centur. 5, histor. 42.

chant. Si l'adhérence est légère, l'opération est facile.

Une femme accoucha de deux enfans. Les parois du vagin s'agglutinèrent si exactement quelque temps après l'accouchement, que le sang menstruel n'eut plus d'issue. Huit mois après, cette femme eut une rétention d'urine produite par la compression que faisoit sur le col de la vessie le sang retenu dans l'utérus. On fit au vagin une incision qui procura l'évacuation d'environ trois pintes de sang. La rétention d'urine cessa, et cette femme fut guérie dans l'espace de quelques momens (1).

Il est des filles qui naissent avec un vice de conformation du vagin auquel il est impossible à l'art de remédier. Dans les unes, le vagin forme un conduit excessivement étroit au fond duquel l'utérus n'existe point, ou est très-petit, mal configuré, et recouvert par une membrane charnue qui fait le fond de ce conduit. Ces filles, devenues nubiles, n'éprouvent point d'évacuations menstruelles, ne sentent pas les douleurs périodiques qui les annoncent et sont nécessairement stériles. On

(1) Philosoph. Transactions, ann. 1732.

trouve dans les auteurs plusieurs exemples de ce vice de conformation (1).

Dans d'autres filles, l'entrée du vagin paroît bien conformée, mais le fond de ce canal est obturé par un corps solide qui met obstacle à l'évacuation menstruelle. Haën (2) en cite un exemple. Une fille âgée de vingt-quatre ans n'avoit point encore eu d'évacuation périodique. Le ventre devint douloureux et se tuméfia uniformément jusqu'à l'ombilic. On crut que l'hymen, sans ouverture, mettoit obstacle à la sortie du sang, et l'on incisa cette membrane. Le doigt introduit dans l'endroit où l'on venoit de faire une incision pénétra dans une cavité que l'on prit pour celle du vagin. C'étoit l'urèthre et le col de la vessie qu'on avoit ouverts, et cette section avoit procuré l'issue d'un peu de sang. Cette fille, qui languissoit depuis plusieurs années, mourut trois jours après cettte opération inutile. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'utérus

(1) Columbus, de re anatom. lib. 15, p. 269. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. epistol. 46, art. 11. — Morand, Opuscules de chirurgie, p. 287. — Recueil de la Société de médecine d'émulation de Paris, tom. 2, p. 470.

(2) Ratio medendi, tom. 3, part. 6, cap. 2.

et les trompes très-dilatés, occupant une grande partie de la cavité abdominale dans laquelle beaucoup d'eau sanguinolente, fétide, étoit épanchée, par suite de plusieurs petites crevasses aux trompes. Dans le vagin, étoit un corps solide, charnu, d'un pouce de diamètre, au-delà duquel ce canal étoit rempli de sanie noirâtre et formoit une cavité assez ample pour contenir la tête d'un enfant.

L'imperforation de l'utérus consiste dans l'agglutination des deux lèvres qui forment son orifice transversal, ou dans l'occlusion de cet orifice par une membrane contre nature. Cette imperforation est complète, ou incomplète, accidentelle, ou de naissance. Elle s'oppose à l'évacuation menstruelle, produit la stérilité, ou met obstacle à l'accouchement, lorsqu'elle s'est formée pendant la grossesse, par suite d'inflammation, d'ulcération dans cette partie (1). On ne doit point la confondre avec la constriction passagère du col de l'utérus dont l'orifice par excès de spasme, de rigidité, reste complètement fermé pendant un temps plus ou moins long, ne s'ouvre point pour

(1) Felix Plater, Obs. medic. lib. 1, p. 246. — Medical essays of Edinburgh, tom. 3, art. 19. — Journal de Médecine et de Chirurgie, tom. 65, ann. 1785, p. 606.

donner

donner issue à des caillots de sang retenus dans la cavité de ce viscère, ou au fœtus lors de l'accouchement. Voici quelques exemples d'une véritable imperforation. Ruysch (1) conservoit parmi ses préparations anatomiques, l'utérus d'une femme dont l'orifice étoit si étroit qu'on n'auroit pu y introduire que la tête d'une petite épingle. Une autre femme, âgée de cinquante ans, et qui pendant dix-neuf années de mariage n'avoit point eu d'enfant, fut tuée d'un coup d'arme à feu. Elle rendoit peu de sang dans le temps de ses règles et avoit alors de violentes coliques. Littre (2) trouva l'orifice de la matrice recouvert et fermé par une membrane qui étoit le prolongement de celle qui tapisse l'intérieur du vagin. Cette membrane étoit percée de deux petits trous d'un quart de ligne de diamètre. Dans le cadavre d'une femme âgée de plus de cinquante ans, on trouva de même l'orifice de l'utérus fermé par une membrane épaisse qui avoit la forme d'une valvule. Cet organe étoit d'un très-petit volume (3).

(1) Thesaur. 6, n° 85, p. 45.

(2) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1704.

(3) Eisenmann, Tables anatom. Strasbourg, 1752. in-fol.

Lorsque ce vice de conformation est de naissance et existe dans une fille nubile, le sang menstruel est retenu dans la cavité de l'utérus, l'évacuation périodique ne se fait point, quoique la malade en éprouve les symptômes précurseurs; le ventre est douloureux et tuméfié comme s'il existoit une grossesse de quatre à cinq mois. La matrice, distendue par le sang contenu dans sa cavité, est saillante au-dessus du pubis. On sent avec le doigt porté dans le vagin la plénitude de ce viscère, et l'on trouve son orifice fermé par l'adhérence de ses bords, ou par une membrane. Cet orifice ne s'ouvre point, malgré les contractions utérines les plus violentes. En pareil cas, on doit, avec un pharyngotome porté dans la fente, ou sillon transversal du museau de tanche, faire une incision que l'on agrandit avec un bistouri droit boutonné, afin de diviser le col de l'utérus. Le sang s'écoule aussi-tôt, la tuméfaction du ventre diminue, et la malade est soulagée instantanément. On procure l'évacuation du reste de ce fluide, ordinairement épais et noirâtre, en faisant des injections émollientes et en administrant quelques bains tièdes qui calment les douleurs et l'inflammation. L'omission de ce secours indispensable, a plusieurs fois causé

la mort. Lorsqu'il est employé tardivement, le soulagement qu'il procure n'est pas de longue durée, la malade périt des suites de l'inflammation de l'utérus. Le procédé est encore le même lorsque dans une femme en travail pour accoucher, le col de la matrice est dans un état de rigidité, de constriction, et que son orifice ne se dilate point. L'accouchement ne peut se faire malgré les violentes douleurs que la femme éprouve : elle a des convulsions, du délire, et tombe dans un assoupissement mortel; elle périroit en effet si l'art ne venoit à son secours. Les bains tièdes, la saignée, les antispasmodiques ne font pas toujours cesser ces accidens graves. Il y a nécessité d'inciser le col de l'utérus en différens sens et dans l'étendue de quelques lignes. On porte ensuite le doigt dans son orifice, qui se dilate peu à peu, et l'on termine l'accouchement. Plusieurs observations prouvent la nécessité de cette pratique salutaire. Nous en avons vu nous-mêmes un exemple récent dans une femme d'une constitution robuste, âgée d'environ trente-quatre ans, et qui depuis deux jours étoit dans un état absolument apoplectique, sans pouvoir accoucher. Les membranes avoient été rompues au commencement du travail, et l'on avoit évacué les

eaux; mais l'orifice de la matrice s'étoit fortement resserré tout-à-coup et ne se dilatoit point, quoiqu'on eût fait une saignée du bras et qu'on eût mis dans un bain tiède cette femme qui étoit sans connoissance. Nous conseillâmes à l'accoucheur d'inciser transversalement le col de la matrice à droite et à gauche, d'en dilater avec ses doigts l'orifice, et de porter ensuite sa main dans la cavité de ce viscère pour terminer l'accouchement. L'enfant étoit mort; mais la malade, une heure ou deux après être délivrée, commença à ouvrir les yeux et à prononcer obscurément quelques paroles. Le lendemain, elle avoit recouvré toute sa connoissance : les lochies coulèrent abondamment, et la santé fut parfaitement rétablie.

CXI.

HYPOSPADIASIS.

Nom donné par les médecins grecs à un vice de conformation que quelques enfans du sexe masculin apportent en naissant, et qui est de trois espèces différentes. Dans la première, l'urèthre ne se prolonge point jusqu'à l'extrémité du gland, mais se termine et

s'ouvre à sa base, dans l'endroit qui répond à la fosse naviculaire. Dans la seconde espèce, l'urèthre est ouvert près la naissance du scrotum. Dans la troisième, le scrotum est divisé longitudinalement en manière de vulve, au fond de laquelle s'ouvre l'urèthre.

La première de ces conformations vicieuses n'est point rare. L'extrémité du gland est imperforée. Quelquefois il y a deux ouvertures, l'une à l'extrémité du gland, l'autre à la fosse naviculaire, mais elles ne communiquent point ensemble et l'urine ne sort que par celle qui est à la base du gland. L'ouverture de l'urèthre est ovale, oblongue, suffisamment grande pour la sortie de l'urine et de la liqueur seminale. Le gland est naturellement découvert, le frein de la verge n'existe pas, ainsi que la portion inférieure du prépuce qui lui est correspondante. Quelquefois le gland est un peu courbé en bas pendant l'érection, ce qui met obstacle à la copulation. A l'endroit de la fosse naviculaire, où s'ouvre et se termine l'urèthre, il y a, comme l'a observé Petit (1), interruption entre le tissu spongieux de ce canal et le gland. Les hommes ainsi conformés ont été regardés par les mé-

(1) Œuvres posthumes, tom. 2, p. 433.

decins grecs comme n'ayant point la faculté de procréer des enfans : le mot hypospadiasis signifiant affection qui rend l'homme eunuque par-dessous. Il est peut-être impossible de décider une pareille question dans l'état actuel des mœurs de l'Europe. Fabrice d'Aquapendente (1) dit avoir connu des hommes qui ont eu des enfans, quoiqu'ils eussent l'extrémité du gland imperforée. On lit dans les Ephémérides des curieux de la nature (2), qu'un homme qui avoit ce vice de conformation, eut avec sa femme plusieurs enfans : et l'on trouve dans le même recueil (3), qu'un autre homme dont l'urèthre étoit ainsi ouvert à la base du gland, ne put jamais devenir père. Selon Ruysch (4), il est rare que ces individus puissent le devenir.

---

(1) Operat. chirurg. cap. 69.

(2) Miscellanea med. phys. acad. natur. curios. ann. 3, 1672, obs. 98, p. 135.

(3) Ibid. ann. 9, 1679, obs. 105, p. 265.

(4) *In homine sæpius observavi glandis partem extimam fuisse meatu urinario destitutam, foramine existente inter præputii et glandis partem inferiorem. Homines hoc affectu laborantes raro imprægnant uxores, utpote semine non recto tramite prosiliente.* Thesaur. anatom. 8, n° 30, p. 12. — Schenckius, Observat. medicinal. lib. 3, p. 507, obs. 1 et seq.

Cette conformation vicieuse est nécessairement incurable, parce qu'il n'est point au pouvoir de l'art de créer une portion d'urèthre qui manque, ou de fabriquer un canal urinaire en perforant le gland, lors même qu'il existe à son extrémité une apparence de conduit aveugle, peu profond. L'opération que l'on tenteroit seroit d'autant plus inutile, qu'il seroit impossible de fermer l'ouverture formée par la nature à la base du gland. On ne guérit par une opération l'imperforation de l'urèthre, que lorsque le méat urinaire est fermé accidentellement par une membrane, ou lorsqu'il est très-étroit.

Dans la seconde espèce d'hypospadiasis, l'ouverture de l'urèthre est à la racine de la verge inférieurement, près la naissance du scrotum. La verge est un peu courbée, même pendant l'érection. Le frein n'existe pas : le gland est toujours découvert, comme dans le paraphymosis de naissance. On observe un sillon, ou espèce de gouttière qui se prolonge depuis l'extrémité du gland jusqu'à l'ouverture de l'urèthre, près le scrotum. Le jet de l'urine se fait horizontalement dans la direction naturelle de la verge. Ce vice de conformation a été observé par plusieurs auteurs (1). Il est

(1) Tulpius, Obs. med. lib. 4, cap. 36. — Blasius,

très-bien représenté dans la planche onzième du tome premier des Mémoires de chirurgie d'Arnaud. Le Cat, Morand et plusieurs autres ont, sans raison, qualifié d'hermaphrodites ceux qui étoient ainsi conformés (1). On sait que les hermaphrodites proprement dits n'existent point. Jamais un individu, dans l'espèce humaine, n'a joui de la double faculté d'engendrer et de concevoir, en réunissant dans sa personne les organes générateurs de l'homme et de la femme (2). Il est sans doute superflu de faire observer que l'art ne peut nullement remédier à cette seconde espèce d'hypospadiasis, qui rend l'homme nécessairement impuissant.

Dans la troisième espèce, le scrotum est divisé longitudinalement, et fendu en manière de vulve dans la partie supérieure de laquelle s'ouvre et aboutit l'urèthre. La verge est bien ou mal configurée : le gland quelquefois bien

---

Obs. med. part. 2, obs. 5, p. 59. — Haller, element. physiolog. tom. 7, p. 469.

(1) Arnaud, Mémoires de chirurgie, tom. 1, p. 303.

(2) Consultez la dissertation de Wrisberg, intitulée : *Commentatio de singulari genitalium deformitate in puero hermaphroditum mentiente*, dans les *Commentationes societatis regiæ scientiarum Gottingensis*, tom. 13, ann. 1795, p. 14.

conformé, mais imperforé, à-peu-près semblable à un clitoris d'un volume excessif. Le frein existe dans quelques-uns, ainsi que le prépuce. Un individu de cette espèce est ordinairement pris au moment de sa naissance pour un enfant du sexe féminin.

Il est encore un autre vice de conformation beaucoup plus rare, et qui consiste en ce que l'urèthre au lieu d'être situé à la partie inférieure de la verge, comme dans l'état naturel, est au contraire sur le dos de cet organe, entre les deux corps caverneux, dans le sillon occupé par la veine honteuse externe. Ruysch (1) est le premier qui ait fait une semblable observation. Il s'exprime de la manière suivante dans la description anatomique qu'il donne des parties génitales d'un enfant : *Meatus urinarius qui inter duo corpora nervosa parte inferiore repit, in corpore bene constituto, hic contra situm habet in penis dorso, per quem iter facit, id quod nunquam antea observavi*. Saltzmann, professeur d'anatomie dans l'université de Strasbourg, a publié en 1734 une observation semblable dont il donne le détail suivant (2). Un enfant vint

(1) Thesaur. anatom. 3, asser. 2, n° 22, p. 16.

(2) Acta physico-medica academiæ cæsareæ naturæ curiosorum, tom. 4, Obs. 65, p. 249.

au monde avec l'urèthre situé sur le dos de la verge. Le méat urinaire s'ouvroit au-devant de la symphyse du pubis. On voyoit sur toute la longueur du dos de la verge un demi-canal en forme de gouttière dans la rainure formée par l'adossement des deux corps caverneux. C'étoit l'urèthre fendu longitudinalement, à-peu-près comme on l'ouvre dans une préparation anatomique pour en faire voir l'intérieur, mais dont la partie supérieure n'existoit pas. Aussi ce demi-canal étoit-il un peu aplati. L'urine ne sortoit point par jet, avec impétuosité, mais lentement, en s'écoulant sur cette surface cannelée, presque plane, sans diverger ou s'éparpiller. Le gland étoit comme divisé en deux parties par le prolongement de cette surface cannelée en forme de sillon.

Lorsque le gland de la verge est courbé en bas, sans pouvoir se redresser dans l'érection, parce que le frein ou filet est trop court, ce qui met obstacle à la copulation, l'art remédie à cette courbure par la section transversale du frein. Cette incision ne doit pas être trop profonde, dans la crainte d'intéresser l'urèthre. Il suffit de couper le frein en travers, et d'en exciser ensuite avec la pointe des ciseaux les deux extrémités saillantes. L'application d'un

peu de charpie sèche, d'une compresse et de quelques tours de bande, le gland étant découvert, suffit pour guérir dans l'espace de quelques jours cette petite plaie. Cependant nous avons vu des personnes qui, après avoir subi cette légère opération, ont eu le gland toujours courbé en bas, avec érection imparfaite, sans pouvoir vaincre l'obstacle qui s'opposoit à la copulation.

CXII.

PHIMOSIS ET PARAPHIMOSIS.

Tous les enfans naissent avec le gland couvert par le prépuce. Lorsqu'ils atteignent l'âge de puberté, la verge s'alonge dans l'érection, le gland dont la forme est conique se présente à l'ouverture du prépuce et la dilate peu à peu. Si cette ouverture est si étroite, qu'il soit absolument impossible au gland d'y passer et de se découvrir, cette espèce de constriction cutanée a été nommée par les Grecs *phimosis*, du mot *phimos*, qui signifie bride, lien ou ligature.

Les enfans de l'âge le plus tendre, dont le prépuce est fort alongé et l'ouverture excessivement étroite, plus petite que celle de l'urè-

thre, sont exposés, par ce vice de conformation, à avoir une rétention d'urine. Ce fluide ne s'évacue que goutte à goutte, s'accumule dans l'intérieur du prépuce, le distend, forme une tumeur molle, avec fluctuation, à demi-transparente, d'un volume quelquefois considérable; laquelle augmente lorsque l'enfant fait des efforts pour uriner. Insensiblement l'intérieur du prépuce s'ulcère par la présence de l'urine retenue qui dépose une matière calculeuse, les bords de son ouverture s'agglutinent, et l'étroitesse de la partie devient une véritable imperforation qui expose l'enfant à périr s'il n'est secouru convenablement. Ce secours consiste à inciser le prépuce, suivant sa longueur, dans l'endroit opposé au frein de la verge, afin de faire cesser pour toujours la constriction, en mettant le gland à découvert. L'observation suivante communiquée à l'Académie de Chirurgie, et dont M. Chopart a fait usage dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 428, fait connoître tout le danger de cette maladie, lorsqu'elle est méconnue ou négligée.

Un enfant âgé de deux mois et demi, avoit au-dessous de la symphyse du pubis, une tumeur ovalaire, de la grosseur d'un œuf de poule, rougeâtre, ulcérée, et très-humide dans

sa surface. En pressant cette tumeur, on sentoit une sorte d'ondulation, et il suintoit des gouttelettes de sérosité par plusieurs petits trous. On avoit regardé cette tumeur comme un cancer qui avoit rongé et détruit les organes de la génération, et l'on croyoit cette maladie incurable. Un examen plus attentif fit voir qu'elle n'étoit ni cancéreuse, ni incurable. Elle dépendoit de l'imperforation du prépuce, ou de l'extrême étroitesse de son ouverture. La sérosité qui suintoit étoit de l'urine, et il y avoit nécessité d'inciser la tumeur jusque dans son centre. Cette incision étant faite, il s'écoula peu d'urine, mais il sortit une humeur semblable à de la bouillie claire. On agrandit suffisamment l'ouverture pour voir le fond de cette espèce de poche, et l'on y trouva le gland dont la surface étoit ulcérée, ainsi que l'intérieur du prépuce. Des lotions émollientes et des soins de propreté contribuèrent ensuite à la guérison de cet enfant. Il n'avoit cessé de crier depuis sa naissance, étoit toujours agité; mais il devint tranquille, dormit, et urina abondamment après avoir été opéré. Insensiblement la guérison devint complète, et la verge reprit son état naturel.

L'ouverture du prépuce peut suffire pour

l'écoulement de l'urine, mais elle peut aussi n'être pas assez grande pour que le gland se découvre à l'âge de puberté. Alors l'humeur sébacée filtrée par les glandes odoriférantes de Tyson, s'amasse et séjourne sous le prépuce dont la membrane interne est habituellement phlogosée. Dans les uns, il se fait un écoulement jaunâtre presque semblable à celui de la gonorrhée; dans d'autres, de légères ulcérations, suites de défaut de propreté, rendent le prépuce adhérent à la surface du gland, comme il le devient chez les personnes qui ayant un phimosis sont attaquées de chancres à cette partie. On ne peut remédier à cette constriction qu'en incisant le prépuce, on en agrandissant son ouverture trop étroite par un procédé mécanique fondé sur la grande distension dont la peau est susceptible. C'est ce qu'a fait Trew, médecin de Nuremberg (1), en imaginant un instrument dont les branches, plus ou moins écartées, maintiennent la peau ordinairement fort longue dans un état de dilatation. Nous en avons fait l'expé-

(1) Acta physico-medica acad. naturæ curios. tom. 2, observ. 48, p. 110. Cet instrument est encore représenté dans la planche 26, figure 5 du second tome des Institutions de Chirurgie de Heister.

rience avec succès sur un jeune homme âgé d'environ vingt ans, qui, destiné au mariage et ne voulant point souffrir l'incision de la peau, eut la constance de se servir habituellement et pendant une vingtaine de jours de cet instrument, à l'aide duquel il vint à bout d'agrandir peu à peu l'ouverture du prépuce jusqu'au point de découvrir le gland avec facilité. On conçoit qu'un procédé semblable est insuffisant, lorsqu'il y a des chancres à l'intérieur du prépuce et au gland, ou lorsque ces parties sont devenues adhérentes par ulcération.

Le paraphimosis consiste, en ce que le gland reste constamment découvert, le prépuce étant trop court pour le recouvrir. Il est de naissance, ou accidentel. S'il est de naissance, l'art n'a aucun moyen d'y remédier, et ce n'est d'ailleurs ni une maladie, ni un vice de conformation, quoique les médecins grecs aient pensé qu'il étoit possible de corriger cette espèce de défaut par un procédé opératoire (1). Il en est de même de ceux qui ayant subi la circoncision, ont le gland

(1) Si glans nuda est, vultque aliquis eam decoris causa tegere, fieri potest. Cornel. Celsus, lib. 7, cap. 25. — Paulus Ægineta, lib. 6, cap. 53.

toujours découvert par perte de substance cutanée. Le paraphimosis est accidentel, lorsque le gland passé avec violence à travers l'ouverture trop étroite du prépuce, ne peut plus en être recouvert. La peau renversée produit alors sur la base du gland qui se tuméfie, l'effet d'une ligature plus ou moins forte. Les règles à suivre pour opérer instantanément la réduction du prépuce sont tracées dans tous les traités de médecine opératoire, ce qui nous dispense d'en parler. Nous observerons seulement, qu'on peut guérir le paraphimosis accidentel, devenu chronique, par conséquent peu douloureux, et dans lequel la membrane interne du prépuce est œdémateuse, en exerçant sur le gland et sur la verge une compression modérée, uniforme, à l'aide d'une bande roulée, comme on remédie à l'enflure des extrémités inférieures par le même procédé. La réduction du prépuce se fait peu à peu et d'elle-même, à mesure que la partie s'affaisse.

CXIII.

IMPERFORATION DE L'ANUS.

Vice de conformation qui fait périr la plupart des enfans qui en sont attaqués, les secours de

de l'art ne pouvant en sauver qu'un très-petit nombre. Cette conformation vicieuse n'a point la même apparence dans tous ceux qui l'apportent en naissant : elle présente beaucoup de différences et de variétés. Dans les uns, c'est un simple rétrécissement ou étroitesse des parties, qui ne suffit point pour donner un libre passage au méconium et aux matières stercorales. Dans d'autres, c'est une véritable imperforation de l'anus ou du rectum. Enfin il est des enfans chez lesquels l'anus étant absolument fermé, les matières s'évacuent dans le col de la vessie ou dans le vagin.

Quoique cet apperçu paroisse suffisant pour donner une idée de ce qu'on nomme imperforation de l'anus, nous croyons qu'il est nécessaire de distinguer encore, avec plus de précision, les différentes espèces de ce vice de conformation, et nous suivrons pour cet effet l'espèce de classification donnée par Papendorf (1) sur le même sujet, d'après des observations nombreuses.

Rétrécissement de l'anus. Dans cette pre-

(1) *Dissertatio sistens observationes de ano infantum imperforato*, Lugd. Batav. 1781, *in*-4°. Cette dissertation a été traduite par Vicq-d'Azyr, et insérée dans l'Encyclopédie méthodique, au mot *Anatomie*.

mière espèce d'imperforation, l'anus, quoique ouvert est si étroit, que les matières stercorales ne passent point ou ne passent pas en quantité suffisante. L'enfant est en danger de périr par l'accumulation des excrémens dans le canal intestinal, si l'on ne remédie promptement à ce rétrécissement. Scultet (1) a vu un enfant nouveau-né dont l'anus étoit si étroit, qu'on pouvoit à peine y introduire un stilet de la grosseur de la tête d'une moyenne épingle. Les parens ayant refusé que l'on fît une incision pour agrandir cette ouverture trop étroite, Scultet vint à bout d'obtenir l'effet désiré, en introduisant dans l'anus un morceau de racine de gentiane trempée dans de l'huile, et qui produisit peu à peu une dilatation suffisante. C'est quelquefois un prolongement de la peau qu'il est d'abord nécessaire d'inciser. Roonhuysen a donné des soins à une petite fille âgée de quatre mois, qui avoit l'anus si étroit, que sa mère étoit obligée de faire beaucoup d'efforts pour extraire avec ses doigts les matières fécales. A la fin, cet orifice s'étoit rétréci au point qu'il ne passoit plus aucune matière : accident qui produit le gonflement du ventre, des douleurs cruelles

(1) Armamentar. chirurg. obs. 77.

et la fièvre. La peau qui borde l'anus fut d'abord incisée, et cette ouverture fut ensuite dilatée avec une tente de charpie. Il sortit aussi-tôt une grande quantité d'excrémens, le ventre et la vessie se vidèrent ; et l'enfant fut guérie. On ne peut remédier à ce rétrécissement, quelle qu'en soit la cause, qu'en se servant pendant très-long-temps d'un corps dilatant, tel qu'une canule de gomme élastique, ou une mêche de charpie enduite de cérat, dont on augmente successivement le volume, et que l'on introduit chaque jour dans l'anus. Si l'on supprime trop tôt le corps dilatant, les parties se resserrent jusqu'au point que les excrémens ne peuvent plus être évacués, et qu'on ne peut même donner de lavemens. Il est nécessaire de continuer pendant plusieurs mois l'usage de la mêche ou de la canule, afin de s'opposer à un rétrécissement successif qui est toujours à craindre.

Imperforation interne avec orifice apparent à l'extérieur. Le danger de ce vice de conformation est en raison de la nature de l'obstacle intérieur qui retient les matières stercorales. Cet obstacle est plus ou moins facile à détruire. On a la certitude qu'il est produit par une membrane, lorsque pouvant introduire dans l'anus bien conformé à l'extérieur le bout du

petit doigt, on sent à une distance plus ou moins éloignée, une cloison qui, lorsque l'enfant crie, cède à l'impulsion du liquide contenu dans le rectum; et si cette membrane est mince, le doigt, en la crevant, procure l'écoulement du méconium. Si elle est dure, épaisse, on la perce avec un troicart, et l'on se sert pendant long-temps d'une canule de gomme élastique introduite dans l'anus, pour maintenir l'ouverture suffisamment grande. Un enfant n'avoit rien évacué depuis deux jours qu'il étoit né. Il souffroit de violentes tranchées, son ventre étoit tendu, gonflé et très-douloureux. On avoit essayé de lui donner des lavemens, mais la liqueur sortoit à mesure que la seringue se vidoit, ce que l'on attribuoit à toute autre cause qu'à celle qui étoit réelle. Pour connoître la nature du mal, Petit (1) introduisit dans l'anus une sonde flexible et à bouton : elle entra de la longueur d'un pouce avec assez de facilité, mais il ne put la pousser plus avant. Il introduisit son petit doigt le long de la sonde et sentit une membrane assez mince, qui bouchoit transversalement la cavité du rectum au-dessus du sphincter. A l'aide d'un pharyn-

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 1, p. 385.

gotome glissé le long du doigt, il incisa cette membrane qui offroit peu de résistance. L'enfant rendit sur-le-champ ses excrémens, et continua de les rendre pendant deux mois qu'il vécut. Petit ajoute qu'il est probable que le sphincter auroit fait ses fonctions, parce que toutes les fois qu'on portoit le doigt dans l'anus de cet enfant, ce que l'on faisoit de temps en temps, on trouvoit à-peu-près la même souplesse et la même résistance que l'on trouve en portant le doigt dans l'anus de ceux qui n'ont point eu cette maladie et auxquels on n'a point fait cette opération. La membrane qui forme l'obstacle offre quelquefois beaucoup de résistance, et a la dureté de la corne, ou d'un tendon. En la perçant avec un troicart, on procure momentanément l'évacuation du méconium, mais l'opération, quoique bien faite, n'a point un succès constant, parce que l'ouverture reste toujours trop étroite (1).

Imperforation produite par une membrane qui recouvre l'anus. La plupart des enfans attaqués de ce vice de conformation peuvent être parfaitement guéris, pourvu que l'opération par laquelle on détruit l'obstacle soit

(1) Trioen, Obs. med. chirurg. p. 60.

faite à temps. En pareil cas, on doit préférer au troicart le bistouri avec lequel on excise la membrane toute entière après l'avoir incisée crucialement. Fabrice d'Aquapendente (1) dit que lorsque l'anus est fermé par une membrane, il a réussi à conserver la vie des enfans par l'incision cruciale de cette membrane; car, ajoute-t-il, quoiqu'elle ferme l'ouverture de l'anus, néanmoins le lieu de cet orifice s'apperçoit, et au toucher on sent un vide intérieur. Plusieurs auteurs font mention de cas semblables, traités de la même manière et avec le même succès (2). La membrane contre nature qui ferme l'anus est quelquefois si mince, qu'on distingue à travers la couleur noirâtre du méconium qui est retenu. Elle est quelquefois dure, épaisse, avec une tache livide dans son centre. Enfin, au lieu d'une simple membrane tendue sur l'ouverture de l'anus, la peau se prolonge depuis l'endroit où devroit être cette ouverture jusque vers

---

(1) *Etsi ani locus pellicula obductus est, tamen orificii vestigium apparet, et tangentibus persentitur vacuum intus.* De chirurg. operation. cap. 88.

(2) Saviard, obs. 3, p. 8. — Fab. Hildan, Obs. chir. centur. 1, obs. 73, p. 54. — Meeck'ren, Obs. med. chirurg. cap. 24, p. 114.

la racine de la verge avec un trou fort petit par lequel une partie du méconium peut s'écouler. Un enfant né avec cette espèce d'imperforation fut parfaitement guéri dès qu'on eut incisé deux mois après sa naissance cette membrane cutanée. A l'instant même de cette opération, les excrémens sortirent en abondance (1).

Imperforation sans aucune trace d'ouverture, l'anus étant fermé par la peau qui est dure et épaisse. Cette espèce d'imperforation est très-dangereuse et souvent mortelle (2). L'obstacle à vaincre est plus ou moins considérable, selon que l'anus est fermé par la peau seule ou par la peau et par du tissu cellulaire épais, ou par une espèce de prolongement charnu. Il est encore possible que le rectum manque absolument, ou qu'il soit

(1) Miscellanea curiosa, sive ephemerid. acad. natur. curiosor. decur. 2, ann. 7, obs. 62, p. 111. 1688. Observation de George Tobie Durr, médecin d'Augsbourg.

(2) *Vidimus duos pueros ab utero matris natos naturalibus clausis : horum alteri caro quœdam in ano altius increverat, adeo ut intestini exitus percipi nullo modo posset; quo factum ut paucis diebus vitam finierit. Alteri vero membrana quœdam ipsius tantum ani ori opponebatur : sed ea acutiore scalpello prœcisa, statim sanatus est puer.* Anton. Beniveni observat. medicinal. cap. 30.

mal conformé, ou qu'il s'ouvre dans tout autre endroit que celui où il doit naturellement s'ouvrir. Aussi, parmi les opérations qui ont été faites en pareil cas, les unes ont été pratiquées sans succès, tandis que quelques autres ont réussi. Saviard dit qu'on lui amena un enfant qui n'avoit aucune apparence d'anus et pour lequel l'opération usitée en pareil cas paroissoit devoir être très-incertaine. Ayant plongé dans l'endroit où l'ouverture auroit dû se trouver une lancette à abcès et l'ayant enfoncée jusqu'à trois travers de doigts de profondeur, il vit le méconium s'écouler le long de l'instrument dont la pointe n'éprouvoit plus de résistance. L'opération faite, et la plaie dilatée en tout sens avec le doigt, il introduisit une longue tente de charpie dans l'anus, et cet enfant fut rappelé à la vie (1). On trouve dans les auteurs plusieurs observations semblables qui prouvent que l'opération a été faite avec succès: et dans ces circonstances heureuses, on peut présumer que l'intestin rectum ne manquoit point, mais qu'au lieu d'être ouvert, il se terminoit sous la peau par une espèce de cul-de-sac aveugle, *cœco fine*, comme s'exprime

(1) Obs. 3, p. 9.

Wrisberg dans le premier volume des Mémoires de l'Académie des Sciences de Goettingue. Mais comme il est impossible de savoir précisément en quoi consiste le vice de conformation qui n'est pas toujours borné à l'extérieur, l'opération doit souvent être incertaine, quoique d'ailleurs bien indiquée. Elle n'est pas même toujours suivie de succès malgré la sortie du méconium, le soulagement qu'on procure à l'enfant n'étant que momentané : Petit (1) rapporte qu'il fit l'opération, trois jours après la naissance, à un enfant qui manquoit entièrement d'anus : le méconium s'évacua, mais l'enfant périt dans les convulsions. Il ajoute que la même opération faite à un autre enfant, et l'ouverture agrandie avec le doigt, on ne put découvrir le rectum. Au bout de trois heures, il survint à l'endroit de la plaie une tumeur mollasse et noirâtre, de la grosseur d'une prune, qui passoit à travers l'incision qu'on avoit faite et qui la cachoit entièrement. On fit une ponction à cette tumeur, le méconium sortit, l'enfant fut soulagé, mais il devint languissant pendant sept à huit jours et mourut. A l'ouverture du corps, Petit trouva que la tumeur molle et noirâtre

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 1, p. 378.

étoit une espèce de hernie formée par la partie postérieure du rectum, qui, poussée par les matières fécales dans le temps des efforts que faisoit l'enfant pour les rendre, s'étoit introduite avec elles dans l'incision où elle trouvoit moins de résistance que par-tout ailleurs. La portion du rectum, recouverte du sphincter, étoit sans aucun vestige, disposition, ni apparence de cavité. On eut beaucoup de peine à y introduire une aiguille assez fine et bien pointue. Le même auteur rapporte dans sa troisième observation, qu'un enfant venu au monde sans aucun vestige d'anus, fut d'abord opéré, mais inutilement, avec une lancette. On se servit ensuite d'un troicart qui procura la sortie des excrémens : néanmoins l'enfant périt le lendemain.

Imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans la vessie. Cette espèce d'imperforation est toujours mortelle. Les enfans nés sans anus, et qui ont rendu le méconium par la voie des urines, ont survécu tout au plus à ce vice de conformation pendant une quinzaine de jours : la plupart meurent dans les trois ou quatre premiers jours de leur naissance, et il n'y a nulle espèce d'opération à tenter, lorsqu'on a la certitude que le méconium coule par la verge. Dans tous ces indi-

vidus du sexe masculin, le rectum s'ouvre par un très-petit orifice, ou par un canal étroit semblable à l'appendice vermiforme du cœcum, dans le bas fond de la vessie entre les uretères, dans le col de ce viscère, ou dans la partie membraneuse de l'urèthre (1). L'observation suivante est remarquable, en ce qu'elle prouve qu'un enfant peut vivre pendant plusieurs mois avec ce vice de conformation. Un enfant âgé de quatre mois n'avoit aucune trace d'ouverture à l'anus : il rendoit les matières stercorales par l'urèthre et étoit d'ailleurs bien portant. Le périnée, le scrotum étoient dans l'état naturel. Cependant quelquefois le ventre se tuméfioit, et alors l'enfant paroissoit beaucoup souffrir, lorsqu'il avoit besoin de rendre ses excrémens. Il resta dans cet état pendant environ trois autres mois, sa mère se refusant, avec

(1) Fab. Hildan. centur. 1, obs. 75. — P. Borel, Histor. obs. med. centur. 1, obs. 77. — Sanden, Miscellanea curiosa, sive ephemerid. acad. natur. curios. decur. 3, annus nonus et decimus, obs. 194, p. 364, 1706. — Morand, Mémoires de l'Acad. des Sciences de Paris, ann. 1755, p. 50. — Wrisberg, Comment. societat. reg. scientiar. Gottingens. tom. 1, p. 1. — Kaltschmied, Dissertatio de intestin. rect. in vesica insert. Jenæ, 1756.

raison, à une opération qu'on proposoit de faire et qu'elle croyoit être inutile. On la fit pourtant, l'enfant étant âgé de sept mois. On plongea un troicart dans l'endroit où auroit dû être l'anus : mais il ne sortit que quelques gouttes de sang. Une seconde ponction, plus profonde que la première, n'eut pas plus de succès. Une heure après cette infructueuse tentative, l'enfant rendit par l'urèthre un peu de matières stercorales. Il vécut encore jusqu'à l'âge de huit mois, se plaignant beaucoup lorsqu'il sentoit le besoin de rendre ses excrémens. Enfin les douleurs devinrent si violentes, qu'il eut des convulsions et qu'il mourut ayant le ventre excessivement tuméfié. A l'ouverture du cadavre, on vit le colon et la plupart des intestins excessivement distendus et remplis d'excrémens solides. Le rectum avoit trois pouces de longueur, et se terminoit par un canal long de quatre pouces, qui, passant sous la glande prostate, s'ouvroit dans la partie membraneuse de l'urèthre. A l'endroit de l'insertion de ce canal étoit un noyau de cerise que l'enfant avoit avalé et qui s'opposoit au passage des matières stercorales dans l'urèthre (1).

(1) Flajani, Osservazioni di chirurgia, tom. 4, obs. 39.

Imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans le vagin. Il est également impossible de remédier à cette espèce d'imperforation. Elle n'est pas toujours mortelle, mais elle cause aux filles qui l'éprouvent une infirmité habituelle et dégoûtante. L'ouverture du rectum dans le vagin est ordinairement si étroite, que la plupart des enfans périssent quelques jours après la naissance, par l'impossibilité de rendre leurs excrémens. Ainsi les observations suivantes doivent être regardées comme des faits rares. On lit dans les Mémoires de l'Académie des Sciences de Paris, année 1719, qu'une fille de sept à huit ans avoit l'anus fermé et rendoit ses excrémens par la vulve. Benivenius (1) en a connu une autre qui rendit quelques jours après sa naissance les excrémens par la vulve : elle vécut jusqu'à l'âge de seize ans, et mourut dans les douleurs les plus violentes de la colique. Van Swieten (2) a vu une fille nubile, assez bien portante, et qui avoit la même infirmité. Une autre, âgée de vingt ans, rendoit depuis sa naissance les excrémens par la

(1) Obs. medicinal. cap. 86.

(2) Commentar. in Boerhave aphorism. tom. 4, in aphorism. 1340.

vulve, l'anus étant entièrement imperforé (1). Les auteurs de ces observations n'ont point dit si les excrémens s'écouloient involontairement par le vagin, ou si les femmes assujetties à cette infirmité avoient la faculté de les retenir. Ordinairement l'ouverture du rectum dans le vagin est si étroite, que les excrémens n'ayant point une issue libre, l'enfant est dévoué à une mort inévitable.

Imperforation de l'anus avec oblitération du rectum. Le rectum oblitéré dans une étendue plus ou moins considérable, ne forme plus un canal : ses parois sont réunies, et ce vice de conformation est toujours mortel. Jessen rapporte qu'une fille vint au monde avec l'anus bien conformé à l'extérieur. En introduisant une sonde dans l'ouverture qui étoit apparente, on sentit une grande résistance. On fit une ponction qui ne procura point la sortie du méconium. Le ventre ne s'ouvrant point, l'enfant mourut le sixième jour de sa naissance. A l'ouverture du cadavre, on trouva les parois du rectum collées les unes aux autres, et cet intestin fermé par deux

(1) Miscellanea curiosa, sive ephemerides acad. natur. curiosor. decur. 2. annus decimus, 1691, obs. 75, p. 132. Obs. de Haesbart.

membranes en deux endroits différens. *Rectum intestinum bis lateribus concreverat, bis orbiculari intersepiebatur membrana* (1). Un autre enfant vint au monde sans aucune apparence d'anus. On lui fit l'opération accoutumée, qui n'eut aucun succès. L'enfant mourut au bout de quelques jours. A l'ouverture du corps on trouva le rectum sans cavité dans la longueur de quatre travers de doigts et tortillé comme une corde jusqu'à l'endroit où auroit dû être l'anus (2). Il résulte de plusieurs observations semblables, que dans quelques enfans on a trouvé le rectum très-rétréci, obturé par une substance épaisse, charnue, dans l'étendue de plusieurs travers de doigts, formant comme une tige solide, imperméable, ou confondu avec la prostate, le col de la vessie dont il étoit impossible de le détacher.

Imperforation sans intestin rectum. Plusieurs observations apprennent que quelques enfans sont nés sans avoir d'intestin

(1) Schenckius, observat. medicinal. lib. 3, p. 384.

(2) Miscellanea curiosa, sive ephemerides acad. natur. curiosor. annus tertius, 1672, obs. 3, p. 5, Observat. de Schultz. — Trioen, Obs. medic. chirurg. p. 60. — Morgagni, de sedib. et caus. morb. epistol. 32, art. 3.

rectum, le colon étant fermé à son extrémité inférieure, et se terminant par une espèce de cul-de-sac. Dans ce vice de conformation, l'anus est tantôt ouvert, et forme un conduit sans issue, de la profondeur d'un pouce ou deux : tantôt il n'y a aucune trace d'anus. Binninger (1) a vu un enfant qui n'avoit aucune trace d'anus et qui ne pouvoit rendre le méconium. On lui fit inutilement l'opération usitée en pareille circonstance ; cet enfant mourut le deuxième jour de sa naissance. A l'ouverture du corps, on trouva que l'intestin rectum n'existoit point. La fin du colon étoit rétrécie et serrée comme si on l'eût liée avec une corde, et dégénéroit en une substance ligamenteuse très-courte. Ruysch (2) a vu deux enfans qui, nés sans aucune trace d'anus, n'avoient absolument point d'intestin rectum. Mr. Jameison (3) a fait une semblable observation sur un enfant qui n'avoit aucune trace d'anus, et qui mourut deux jours après sa naissance. Le rectum n'existoit point : le colon se terminoit par une espèce de cul-de-sac ou intestin aveugle, flottant pour ainsi dire dans

(1) Obs. medic. centur. 2, obs. 81, p. 222.

(2) Adversar. anatom. decad. 2, p. 43.

(3) Medical essays of Edinburgh. tom. 4, art. 32.

l'abdomen

l'abdomen et rempli de méconium. Dans un autre enfant mort le dixième jour de sa naissance, et dont l'anus admettoit un stilet jusqu'à la profondeur d'un pouce et demi, mais qu'on ne pouvoit enfoncer plus avant, on trouva deux espèces de rectum, l'un fort court, oblitéré, se terminant à l'anus; l'autre, qui formoit la continuité du canal intestinal, étoit excessivement distendu par les matières fécales, et se réfléchissoit sur la partie supérieure du sacrum auquel il étoit fortement adhérent (1). Si parmi ces différens vices de conformation il paroît extraordinaire que l'intestin rectum n'existe point, remarquons que quelquefois aussi le même phénomène s'observe dans un autre intestin. Nous avons vu dans un enfant qui n'a vécu que cinq jours, une interruption totale du canal intestinal entre l'iléon et le colon. Ce canal manquoit absolument dans une étendue assez considérable; et dans cet endroit, les deux portions d'intestin éloignées l'une de l'autre et fermées, se terminoient par une espèce de cul-de-sac, *cœco fine*. Il nous parut tout aussi extraordinaire de trouver dans la portion d'intestin inférieure à cette interruption, une assez grande quantité de méconium.

(1) Wagner, Commer. litterar. Norimberg. ann. 1734.

Dans deux autres observations communiquées, l'une par Heister (1), l'autre par Huber (2), il s'agit d'enfans nés sans apparence d'anus et dans lesquels le rectum n'existoit point. Il étoit remplacé par une substance épaisse, grasse et charnue : le canal intestinal se terminoit sans ouverture vers la partie supérieure de l'os sacrum.

Enfin il est un autre vice de conformation dans lequel l'intestin qui tient lieu de rectum, aboutit à un des points de la circonférence du bas-ventre, où il fait fonction d'anus. Dans deux fœtus jumeaux mâles, Méry (3) observa que l'ombilic formoit en dehors une espèce de bourrelet de trois à quatre lignes d'élévation au-dessus de la surface du ventre, et étoit ouvert d'un trou de sept à huit lignes de diamètre. L'intestin colon finissoit à ce rebord de l'ombilic, et le perçoit d'un trou qui avoit une ligne et demie d'ouverture et servoit d'anus à ces enfans. Dans un autre fœtus disséqué par Littre (4), l'intestin iléon abou-

(1) Ephemerides academ. naturæ curiosor. centur. 3 et 4, obs. 193, p. 463.

(2) Acta physico-medica. tom. 8, obs. 24, p. 64.

(3) Histoire de l'Acad. des Sciences, ann. 1700, p. 40.

(4) Mémoires de l'Acad. des Sciences, ann. 1709, p. 9.

tissoit dans une poche charnue qui étoit de la grandeur et de la figure d'un petit œuf de poule. De l'extrémité inférieure de cette poche, sortoit un tuyau de trois lignes de longueur et de deux de grosseur, qui se terminoit par un trou rond d'une ligne et demie de diamètre à la surface extérieure du ventre, un peu au-dessus de l'endroit où devoit être la symphyse des os pubis, et ce trou faisoit fonction d'anus. Il n'y avoit dans ce fœtus rien qui tînt de la forme du cœcum, du colon, ni du rectum. Dans un autre fœtus monstrueux venu à terme, sans aucune apparence d'anus, et dont Petit a rendu compte à l'Académie des Sciences (1), l'extrémité de l'iléon aboutissoit au côté gauche du bas-ventre en forme d'anus. Il n'y avoit ni rectum, ni colon, mais seulement une portion du cœcum. De la Faye rapporte, dans l'ouvrage qu'il a intitulé *Principes de Chirurgie*, avoir vu deux enfans nouveau-nés dont l'anus n'étoit point fermé ; mais l'os sacrum avoit dans son milieu une ouverture ronde, assez grande pour y mettre le bout du doigt. Dans l'un de ces enfans, une portion d'intestin passoit par cette ouverture et formoit une espèce de hernie.

(1) Année 1716, p. 89.

Dans l'autre, les matières stercorales sortoient par une ouverture semblable de l'os sacrum, l'intestin percé dans cet endroit faisant fonction d'anus.

Il résulte de toutes ces observations, que les enfans qui naissent avec l'anus imperforé sont presque tous dévoués à une mort certaine, excepté ceux dans lesquels l'intestin rectum se continue jusqu'aux tégumens, et est seulement fermé par une membrane plus ou moins épaisse ou cutanée. Alors le lieu de l'opération à faire est visiblement indiqué par la proéminence du périnée, par une tache livide, brune, saillante. La membrane cède à la pression du doigt, elle est quelquefois assez mince pour qu'on puisse distinguer à travers la couleur noirâtre du méconium; la tumeur légère qu'il forme donnant, quand on la touche, un sentiment de fluctuation. Alors on doit inciser crucialement cette membrane le plus promptement qu'il est possible, le délai d'un seul jour pouvant faire périr l'enfant de gangrène aux intestins. Mais s'il n'y a aucune trace d'anus, si dans l'endroit où il devroit être, la peau est dure, épaisse, enfoncée, la ponction faite avec le troicart est très-incertaine, parce que le rectum n'existe pas, ou est mal conformé. Les succès que

quelques auteurs disent avoir obtenus en opérant, ont été de courte durée : le méconium a été évacué, mais la guérison n'a été qu'apparente. Il faudroit, pour qu'elle fût réelle, que l'ouverture qu'on a pratiquée restât libre et permanente, ce qui, dans le cas supposé, est au-dessus des pouvoirs de l'art.

D'après toutes ces considérations, on a proposé, lorsque la ponction a été faite infructueusement, et que la mort de l'enfant est certaine, parce qu'il ne peut rendre le méconium, de faire au côté gauche du ventre, dans l'endroit qui répond à l'extrémité inférieure du colon, entre la dernière côte et le bord de l'os des îles, une incision longitudinale à cet intestin, afin de procurer, pendant toute la vie, une issue libre aux matières stercorales. Littre (1) est le premier qui ait eu cette idée. Cet anatomiste ayant trouvé dans un enfant mort le sixième jour de sa naissance, l'anus sans ouverture et le rectum divisé en deux parties, pensa qu'on pourroit faire utilement une incision au ventre, afin de fixer la partie inférieure du colon à la plaie des tégumens, pour qu'elle y fît fonction d'anus. Desault (2)

(1) Histoire de l'Acad. des Sciences de Paris, année 1710.

(2) Journal de Chirurgie, tom. 4, p. 248.

a fait cette opération à un enfant né depuis quarante-huit heures; mais elle n'eût point de succès, cet enfant étant mort quatre jours après. M. Dubois (1), l'un des professeurs de cette école, l'avoit déjà faite en décembre 1783 sur un enfant né depuis trois jours, et qui mourut dix jours après son opération. Enfin M. Duret (2), chirurgien de la marine à Brest, a été plus heureux. Il a ouvert à un enfant né depuis trois jours le ventre au-dessus de la région iliaque gauche, dans l'endroit où l's du colon formoit une tumeur peu apparente et où le méconium retenu imprimoit à la peau une couleur foncée. L'incision faite et le doigt introduit dans l'abdomen, il attira une portion de l's du colon en passant par-dessous une anse de fil, pour fixer cet intestin hors du ventre, après l'avoir incisé longitudinalement. Le méconium sortit aussi-tôt en abondance, les vomissemens cessèrent, et l'enfant, visiblement soulagé, fut rappelé à la vie. Le cinquième jour de l'opération, les fils qui soutenoient l'intestin parurent inutiles et furent ôtés. Le sixième, l'ouverture de l'in-

---

(1) Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, tom. 3, p. 125.

(2) Ibid. tom. 4, p. 45.

testin, large d'environ un pouce, étoit en partie fermée par le renversement et la sortie de la membrane interne. Le septième jour, l'enfant étoit guéri et n'avoit plus besoin que de la surveillance de ses parens. Nous avons vu depuis peu cet enfant à Brest. Il avoit onze à douze ans et portoit au bas-ventre un anus contre nature avec renversement de la membrane interne du rectum. La mort étoit inévitable, si l'on n'eût point fait l'opération qui lui a sauvé la vie. Les suites en sont douteuses et incertaines; mais il faut la faire, ou être spectateur inutile de la mort de l'enfant. Voilà l'alternative dans laquelle se trouve l'homme de l'art. C'est donc aux parens à décider la question. Quant à l'opération, elle n'est point absolument difficile à exécuter, car le colon excessivement distendu dans son extrémité inférieure par l'accumulation du méconium, repousse le canal intestinal de gauche à droite, et à peine le bas-ventre est-il ouvert, qu'on trouve sans difficulté la fin de cet intestin invariablement fixé par ses liens naturels. Cette opération, en supposant qu'elle reste dans l'art, et elle n'est point susceptible d'une plus grande perfection, ne doit jamais être faite tardivement, dans la crainte que l'enfant ne périsse des suites de la distension et de l'in-

flammation du canal intestinal. Si malheureusement le vice de conformation s'étendoit intérieurement au-delà de l's du colon, circonstance qu'il est impossible de vérifier, l'ouverture du ventre deviendroit un surcroit de douleurs inutiles. Ainsi l'art, dont les limites sont posées par la nature de la maladie, ne peut garantir ni la durée, ni l'efficacité du seul secours qu'il offre dans une circonstance aussi déplorable.

CXIV.

CATARACTE.

C'est le nom que l'on donne à l'opacité du cristallin ou de la membrane qui lui sert d'enveloppe. Delà les noms de cataracte cristalline et de cataracte membraneuse. Cette opacité peut exister tout à-la-fois dans le cristallin et dans sa capsule : ordinairement le cristallin seul est opaque. On nomme fausse cataracte celle qui est produite par l'altération, l'épaississement du fluide naturellement très-limpide contenu dans la capsule du cristallin. Si ce fluide devient trouble, blanchâtre, et il peut le devenir subitement, alors il intercepte le passage des rayons lumineux, et l'œil se

couvre d'une espèce de voile. Cette cataracte existe rarement seule : elle est ordinairement compliquée de l'opacité du cristallin ou de sa capsule. Cette capsule peut devenir opaque antérieurement ou postérieurement, et le cristallin conserver sa transparence, ce qui est assez rare. Néanmoins plusieurs observations attestent la possibilité du fait. Si l'opacité réside seulement dans la partie antérieure de la capsule, on reconnoît cette espèce de cataracte à des points blancs, superficiels, semblables à des taches convexes situées immédiatement derrière la prunelle. Lorsque ces taches forment des espèces de stries, cette cataracte se nomme barrée : la vue est altérée, mais elle n'est pas absolument perdue, le cristallin conservant encore sa transparence. Si l'opacité paroît profonde et concave, on présume qu'elle réside seulement dans la partie postérieure de la capsule. Cette membrane rendue opaque à la suite de l'inflammation de l'intérieur de l'œil, forme ce que l'on nomme une cataracte secondaire. L'inflammation l'obscurcit, la rend adhérente au cristallin, à l'iris, à la membrane de l'humeur vitrée, avec rétrécissement, difformité, immobilité de la prunelle, comme il arrive après le chemosis, ou après l'opération laborieuse de la cataracte.

L'opacité du cristallin se forme ordinairement peu à peu, quelquefois promptement, d'abord dans le centre de ce corps lenticulaire dont la circonférence amincie et encore lucide permet à quelques rayons lumineux d'entrer dans l'oeil. Ceux qui ont une cataracte commençante entrevoyent les objets qui sont situés de côté, les voyent mieux dans un lieu obscur que dans un lieu très-éclairé, la prunelle se dilatant dans l'obscurité et se rétrécissant au grand jour. On reconnoît cette opacité à une tache grise, blanchâtre, jaunâtre, ou brune, située immédiatement derrière la prunelle dont elle occupe l'étendue en partie, ou en totalité. Quand elle commence à se former, le malade voit un brouillard, un nuage dans lequel voltigent des points noirs, des barres, des corps légers d'une forme phantastique. Lorsque le cristallin a perdu toute sa transparence, on distingue seulement la lumière des ténèbres. Le cristallin, en devenant opaque, ne conserve pas toujours sa consistance naturelle. Quelquefois il se ramollit et se dissout en une humeur blanchâtre qui ressemble à du lait, à du pus. Sa capsule prend la forme d'une hydatide, d'une petite vésicule arrondie qui ne contient qu'un fluide blanchâtre, caséeux : c'est ce que l'on

nomme cataracte enkystée. D'autres fois le cristallin se tuméfie à mesure qu'il devient opaque, et son volume augmente jusqu'à rendre l'iris un peu convexe par la protubérance qu'il forme dans la prunelle dont il gêne les mouvemens. Quelquefois enfin, il est d'un petit volume, blanc, arrondi et dur jusqu'au point de ne pouvoir être écrasé sous le doigt: c'est ce qu'on nomme cataracte pierreuse. Plus il se durcit, plus il diminue de volume : mais sa mollesse ou sa dureté ne dépendent pas de l'ancienneté de son opacité. Il est des cataractes récentes qui sont dures; il en est d'anciennes qui sont molles, et c'est une erreur de croire que la cataracte se durcisse avec le temps. Il est des causes, à la vérité inconnues, qui obscurcissent et ramollissent en même temps le cristallin : il en est d'autres qui l'obscurcissent et le durcissent tout à-la-fois. Quant à sa couleur, elle est communément jaunâtre, ambrée dans les vieillards : elle est blanche avec mollesse et fluidité dans les enfans qui naissent avec une cataracte, ou chez lesquels elle survient peu de temps après. Leurs yeux ont un mouvement convulsif et roulent involontairement dans les orbites. Ces enfans semblent chercher la lumière qu'ils ne peuvent fixer; ils ne

voyent aucun objet et ne distinguent qu'une ombre confuse. Ce mouvement continuel des yeux dans les personnes aveugles de naissance se perd peu à peu, après qu'on a extrait la cataracte. L'opération faite, l'iris et la rétine sont d'abord si sensibles à l'impression de la lumière, que ces malades en sont pour ainsi dire aveuglés. Ils ont besoin de s'y accoutumer et peu à peu tout se rétablit.

La couleur d'une cataracte indique à-peu-près l'état du cristallin. La couleur blanche et laiteuse indique une cataracte fluide; la couleur blanche et brillante, une cataracte capsulaire; la couleur un peu brune ou foncée, une cataracte dure.

Les causes de la cataracte sont en général toutes les lésions de l'œil suivies d'inflammation, les plaies, les contusions de cet organe, les coups violens portés sur la région de l'orbite, capables de déplacer le cristallin, de le rendre opaque, de rompre sa capsule. Un homme eut une cataracte aux deux yeux un mois après avoir reçu un violent soufflet. Un autre éprouva le même accident à la suite d'un coup de pied de cheval reçu sur la racine du nez. Un troisième eut une violente ophtalmie suivie de cataracte, parce qu'une femme lui donna sur l'œil un baiser que l'on nomme

vulgairement un suçon (1). La vieillesse est encore mise au nombre des causes qui obscurcissent le cristallin, ainsi qu'une habitation dans un pays chargé de brouillards et d'humidité, de même que la métastase d'une matière arthritique, catarrhale, vénérienne, scrophuleuse, herpétique, sur cet organe : l'abus du vin et des liqueurs spiritueuses porté jusqu'à l'ivrognerie, enfin l'application constante à regarder minutieusement de très-petits objets brillans de lumière. Lorsqu'un œil est seul affecté de cette maladie, l'autre en est ordinairement attaqué quelque temps après ; et rien n'est plus commun que de voir la même personne avoir une cataracte à chaque œil. Elle est simple ou compliquée. On la nomme simple, lorsqu'elle consiste uniquement dans l'opacité du cristallin, sans aucune autre affection particulière de l'œil. Elle peut être compliquée de glaucome, d'amaurosis, de rétrécissement de la prunelle, de l'adhérence du cristallin avec l'iris, avec la membrane hyaloïde.

On reconnoît le glaucome à une apparence de nuage dans la prunelle dont la circonfé-

---

(1) Gleize, Observations pratiques sur les maladies des yeux, p. 12.

rence prend une couleur verdâtre, vitrée, qui devient blanchâtre par laps de temps. La prunelle est immobile et dilatée, le corps vitré est opaque ou dissous. Cette maladie, qu'on a surnommée fausse cataracte, est absolument incurable par l'impossibilité de remédier à l'état morbifique de la rétine et du corps vitré.

Une cataracte que l'on nomme adhérente, peut l'être de trois manières. 1°. Lorsque la capsule adhère avec le cristallin; 2°. lorsque cette même capsule adhère postérieurement avec la membrane de l'humeur vitrée; 3°. lorsqu'elle adhère antérieurement avec l'iris. La première espèce d'adhérence ne porte point obstacle au succès de l'opération dans laquelle le cristallin sort ou se déplace avec sa capsule. La seconde espèce d'adhérence ne peut être connue avant l'opération. Après avoir incisé la capsule antérieurement, si le cristallin ne sort pas malgré de douces pressions, il est vraisemblable que ce corps est adhérent à sa capsule et qu'elle-même adhère à la membrane de l'humeur vitrée. Il est encore probable que cette adhérence existe, lorsque dans l'opération par abaissement la cataracte ne peut être déprimée, ou lorsqu'elle remonte aussitôt qu'elle l'a été. La troisième espèce d'adhé-

rence met obstacle à l'opération par extraction et par abaissement. Elle est facile à reconnoître, et elle existe de deux manières différentes. La portion antérieure de la capsule est adhérente dans toute sa circonférence à la face interne de l'iris, ou cette adhérence n'a lieu que dans un, ou deux points. Dans le premier cas, la cataracte est immédiatement derrière la prunelle qui est immobile : il n'y a plus d'espace pour le passage des rayons lumineux, le malade ne distingue point la lumière des ténèbres. Dans le second cas, la cataracte est près le bord de la prunelle, dans l'endroit où est l'adhérence, et il existe du côté opposé un léger espace entre la cataracte et le bord de la prunelle pour le passage de quelques rayons lumineux, ce qui suffit au malade pour distinguer le jour des ténèbres. De plus, la prunelle est ordinairement inégale, oblongue, angulaire, et n'a que de foibles mouvemens. Dans tous ces cas, la membrane du cristallin étant opaque, on a tous les signes de la cataracte capsulaire. Ces diverses espèces d'adhérence sont ordinairement le résultat d'une inflammation interne de l'œil.

L'unique moyen de guérir celui qui est attaqué de la cataracte, consiste à extraire ou à déplacer le cristallin, afin de procurer aux

rayons lumineux un libre passage à travers la prunelle et le corps vitré jusque dans le fond de l'œil. Mais tous ceux qui ont cette maladie n'étant pas susceptibles d'être guéris par l'un ou par l'autre de ces deux procédés, il est nécessaire, avant de rien entreprendre, d'examiner s'il est probable que l'opération sera suivie de succès, afin de s'en abstenir dans le cas contraire et de ne pas la faire inutilement. Les circonstances suivantes sont en général favorables. L'opacité du cristallin doit être très-visible, quelle que soit sa couleur. Le globe de l'œil doit être dans l'état naturel, ainsi que les paupières, le sujet exempt de maux de tête habituels. Il doit pouvoir distinguer encore l'ombre que fait la main qui passe devant ses yeux, et le grand jour des ténèbres. La prunelle doit avoir son mouvement et sa sensibilité, se resserrer au grand jour et s'ouvrir dans l'obscurité. C'est pourquoi lorsqu'on veut reconnoître une cataracte, on fait asseoir le malade au jour, près d'une fenètre, l'œil sain étant fermé, on rapproche les paupières de l'œil cataracté, on fait de légères frictions en rond pendant un instant sur la paupière supérieure de cet œil qu'on ouvre subitement pour observer si la prunelle est immobile ou si elle est encore

susceptible

susceptible de dilatation et de resserrement. Pour peu que la prunelle jouisse de son mouvement, on peut entreprendre l'opération. On peut encore la faire quand même la prunelle n'auroit aucun mouvement, si toutefois le malade peut distinguer le jour des ténèbres, car alors il n'y a pas de goutte sereine. Quel que soit le procédé qu'on emploie, l'opération est facile à exécuter lorsque l'œil est gros, saillant, peu sensible, aisé à fixer : elle est plus difficile, si l'œil est petit, enfoncé, très-mobile, et si les paupières ont peu d'ouverture. On ne doit opérer que lorsque le malade jouit d'ailleurs d'une bonne santé et que l'œil, abstraction faite de la cataracte, est dans l'état naturel. Un homme fut attaqué d'une violente ophtalmie, suivie de la fonte de l'œil, la goutte à laquelle il étoit sujet s'étant portée sur cet organe immédiatement après l'opération. Avant que de la faire, le malade doit y être préparé. On diminue ses alimens pendant quelques jours, on lui fait prendre des bains de pieds, des lavemens, une tisane de chiendent, et suivant les circonstances, on applique au bras ou à la nuque un vésicatoire. La saignée doit être faite, si le malade est jeune, pléthorique : on s'en abstient dans le cas contraire. Il en est de même des purgatifs. L'opé-

ration doit être faite le matin, à jeun : la saison est à-peu-près indifférente ; mais le jour qu'on a choisi pour opérer doit être clair et serein.

Cette opération consiste à extraire ou à déplacer le cristallin en le portant hors de l'axe visuel, procédés très-différens l'un de l'autre. Celui par lequel on extrait le cristallin exige qu'on fasse, avec un bistouri destiné pour cet effet, une incision demi-circulaire à toute la portion de la cornée transparente qui est au-dessous de son diamètre transversal. On incise ensuite la capsule du cristallin, et ce corps opaque sort aussi-tôt qu'on a fait quelques pressions légères sur la partie inférieure du globe de l'œil. Lorsque toutes les circonstances sont favorables, la plaie de la cornée est cicatrisée dans l'espace d'une quinzaine de jours, et le malade recouvre la faculté de lire à l'aide d'un verre convexe, et de voir les objets qui sont près de lui. Plusieurs incidens peuvent compliquer cette opération et la rendre difficile. Tels sont la mobilité de l'œil, sa petitesse, son enfoncement dans l'orbite, l'étroitesse de la prunelle, l'adhérence du cristallin, l'opacité de sa capsule qu'il est nécessaire d'enlever, la sortie de l'humeur vitrée. Il peut encore

résulter de cette opération des accidens consécutifs, tels qu'une inflammation considérable de toutes les membranes de l'œil, la lésion de l'iris, sa sortie à travers la plaie faite à la cornée. Cependant cette manière de procéder, qui délivre pour toujours le malade de la cause de sa cécité, est encore la plus sûre, et doit être généralement préférée à celle qu'on nomme par abaissement ou déplacement de la cataracte.

Dans celle-ci, on plonge dans la sclérotique, à une ligne ou deux de son union avec la cornée transparente, vers l'angle externe de l'œil, une aiguille qu'on fait passer transversalement dans la chambre postérieure, derrière la prunelle, pour déchirer d'abord la capsule du cristallin, et précipiter ensuite ce corps le plus profondément qu'on peut dans l'humeur vitrée, de manière à ce que la prunelle reste parfaitement ronde, noire et débarrassée de tout obstacle. Si le cristallin solide se divise en plusieurs fragmens, on conseille de les précipiter dans l'humeur vitrée au-dessous de la prunelle, ou dans l'humeur aqueuse, en les faisant passer dans la chambre antérieure, où étant isolés les uns des autres, ils sont peu à peu dissous. Si au contraire il est mou, caséeux, fluide, il se mêle à l'hu-

meur aqueuse, la trouble et est insensiblement résorbé. Cet exposé très-succinct suffit pour faire concevoir qu'un instrument piquant ainsi porté dans l'œil doit ouvrir fréquemment quelques vaisseaux sanguins, donner lieu à une effusion de sang assez grande pour troubler l'humeur aqueuse et empêcher de suivre la marche de l'aiguille. Sa pointe, en traversant la chambre postérieure, peut déchirer l'iris, et causer, par la piqûre des tuniques de l'œil, l'inflammation de cet organe, sa suppuration, des douleurs vives, la fièvre, des vomissemens; ce qui en effet est arrivé plusieurs fois. Quand la cataracte est fluide, n'est-il pas évident qu'elle se mêle aussi-tôt à l'humeur aqueuse, lorsqu'on opère par extraction, et qu'alors on voit très-bien la prunelle avec la facilité d'extraire des flocons membraneux, sans risque de léser l'iris : tandis qu'en se servant de l'aiguille, il est impossible d'en voir la pointe et de distinguer nettement ce que l'on fait? Enfin nous ne concevons pas, quand le cristallin est adhérent à l'iris, comment on peut l'en détacher, briser ce corps opaque et le déplacer sans léser cette membrane. Il en est de même de la cataracte membraneuse qu'il est beaucoup plus facile et plus convenable d'extraire que d'arracher

en la roulant autour de la pointe de l'instrument. D'après toutes ces considérations, nous pensons qu'en voulant renouveler une opération abandonnée avec raison depuis long-temps, on a fait rétrograder l'art, au lieu d'en étendre les limites.

On a observé, il y a quelques années, que les médicamens narcotiques, et sur-tout le suc de belladona, celui de jusquiame, appliqués sur le globe de l'œil, produisoient pendant un jour ou deux une grande dilatation de la prunelle, avec immobilité de l'iris, sans que néanmoins la personne soumise à cette expérience soit privée de la faculté de voir les objets. Ce fait, dont on a cru pouvoir tirer des conséquences utiles pour la pratique de l'art, a suggéré l'idée d'employer l'extrait de jusquiame ou celui de belladona, à la dose d'un scrupule dissous dans une once d'eau, et de faire tomber quelques gouttes de cette solution dans l'œil, afin de reconnoître, lorsqu'il existe une cataracte, quelle est son étendue, son volume, si l'iris est adhérent ou non à la capsule du cristallin. On a même pensé que cette excessive dilatation de la prunelle procureroit une grande facilité pour faire l'opération de la cataracte. L'expérience a appris que la prunelle se resserre aussi-tôt

qu'on incise la cornée, et que cette dilatation factice est de peu d'utilité pendant l'opération et pour son succès.

CXV.

OCCLUSION DE LA PRUNELLE.

La prunelle peut accidentellement devenir très-étroite et conserver le même degré de rétrécissement, lorsqu'on est dans l'obscurité, ce qui produit l'affoiblissement, la diminution de la vue. C'est ce que l'on a nommé myopie, *myosis, phtysis pupillæ.* Quelquefois ce rétrécissement est tel, qu'il ne reste aucune trace d'ouverture dans l'iris, la prunelle n'existe plus : alors le malade distingue foiblement le jour des ténèbres, mais il ne voit plus les objets. Wolhouse a donné à cette occlusion le nom de *synizesis, considentia pupillæ.*

Les causes ordinaires du rétrécissement et de l'occlusion de la prunelle sont tout ce qui peut produire une inflammation propagée jusqu'à l'iris. Son décollement partiel du bord du ligament ciliaire, produit encore la difformité de la prunelle, son rétrécissement, ou son occlusion. Dans l'endroit où l'iris se dé-

tache, il reste une ouverture à-peu-près ovale par laquelle la lumière entre obliquement dans l'œil. Cette ouverture accidentelle supplée, jusqu'à un certain point, à la prunelle qui est fermée. Une fille eut un abcès dans la chambre antérieure de l'œil gauche, à la suite de la petite vérole. La cornée s'ouvrit inférieurement, l'iris se déplaça, s'interposa entre les bords de l'ulcère de la cornée, et y contracta une adhérence. La prunelle se ferma complètement par suite de la tension de l'iris, et il en résulta d'abord la cécité. L'iris pincé et tiraillé, détermina pendant quelque temps des douleurs continuelles qui cessèrent après un décollement qui se fit de la partie supérieure de cette membrane. Elle se détacha du ligament ciliaire dans cinq points peu éloignés les uns des autres, ce qui forma cinq pupilles artificielles. La vue se rétablit et la malade put distinguer les gros objets, quoique la prunelle fût fermée. Chaque point du décollement de l'iris devint une ouverture susceptible de se resserrer et de se dilater, en sorte que ce décollement spontané produisit tout ce que l'art auroit pu faire pour rétablir la vision (1).

(1) Mémoires et observations sur l'œil par Janin, p. 420.

Un enfant âgé de dix ans avoit perdu la vue de l'œil gauche par un coup de baguette sur cet organe. Le cristallin devint opaque et d'un blanc de lait. A quelque degré de lumière que cet œil fût exposé, la prunelle conservoit son même diamètre ; elle étoit un peu plus dilatée que dans l'état naturel. Cependant l'iris se détacha de la choroïde dans l'étendue d'environ trois lignes, du côté du petit angle. A mesure que ce décollement de l'iris augmenta, la prunelle se resserra dans la même proportion. Elle se ferma si complètement, qu'il n'en resta pas le plus léger vestige. L'ouverture produite par le décollement de l'iris étant devenue encore plus grande, cet enfant, malgré sa cataracte, distingua le jour des ténèbres et entrevit à la faveur de cette fausse prunelle (1).

Indépendamment de l'inflammation, d'autres causes intérieures, telles que le vice dartreux, vénérien, scrophuleux, arthritique, peuvent produire le rétrécissement ou l'occlusion de la prunelle, en agissant sur l'iris, et l'on remédie quelquefois à cet accident par un vésicatoire appliqué à la nuque, ou par un cautère au bras et en faisant les remèdes

(1) Ibid. p. 422.

appropriés à la maladie principale. Les femmes hystériques sont sujettes à avoir un resserrement spasmodique de la prunelle sans éprouver aucune douleur. La personne est tout-à-coup privée de la faculté de voir pendant quelques instans; mais aussi-tôt que le spasme cesse, la vue se rétablit d'elle-même. Cette occlusion se reproduit quelquefois à des temps marqués et prend un caractère périodique, ce qui arrive lorsque la cause morbifique réside dans l'estomac et le canal intestinal. Les vomitifs, les purgatifs et le quinquina sont alors indiqués.

Les personnes qui contemplent long-temps de très-petits objets brillans de lumière, sont exposées à avoir un rétrécissement permanent de la prunelle. En se resserrant de plus en plus, elle perd peu à peu la faculté de se dilater. On remédie à cette indisposition en habitant un lieu obscur, en s'éclairant d'une lumière foible, toujours égale, en se servant de lunettes colorées en vert, en fomentant ses yeux avec une infusion de plantes émollientes à laquelle on ajoute un peu d'extrait de jusquiame ou de belladona.

Il est encore possible que la prunelle conservant sa grandeur naturelle, soit obturée par un caillot de sang, par un peu de pus

desséché, par une mucosité épaisse, par une portion du cristallin devenu opaque et formant ce que l'on nomme une cataracte branlante. Dans tous ces cas, on doit inciser la cornée et extraire ce qui obture la prunelle et intercepte le passage des rayons lumineux.

S'il est vrai que la membrane pupillaire au lieu de se détruire, selon le vœu de la nature, pendant que le fœtus est encore contenu dans l'utérus, subsiste dans toute son intégrité au moment de la naissance, c'est encore une cause d'occlusion de la prunelle et de cécité. On ne connoît à cet égard d'autre observation bien constatée, que celle qui a été publiée par Wrisberg, professeur de médecine à Goettingue (1). Il dit qu'un enfant né aveugle mourut à l'âge de trois ans et demi de la petite vérole, sans avoir jamais pu distinguer aucun objet. La cornée ayant été excisée circulairement et détachée, cet auteur vit la membrane pupillaire qui bouchoit complètement la prunelle, en adhérant circulairement à l'iris dans l'endroit de cette ouverture. Le cristallin étoit parfaitement transparent. Toutes les artères avoient été d'abord

(1) Novi Commentarii Societat. Gotting. tom. 2, p. 105.

injectées ; ce qui permit de voir celles qui de l'iris se distribuoient dans la membrane pupillaire.

On a dit encore que l'occlusion de la prunelle pouvoit être de naissance, c'est-à-dire, que par vice de conformation un enfant pouvoit naître sans prunelles, l'iris étant absolument imperforé. Nous ne connoissons pas une seule observation qui confirme cette assertion. Morand, secrétaire de l'Académie de Chirurgie de Paris, est le seul qui ait assuré, dans l'éloge qu'il a fait de Cheselden, que ce chirurgien anglais avoit, par une opération nouvelle, rendu la vue à un jeune homme de treize à quatorze ans, né aveugle, par défaut de prunelle ou d'ouverture à l'iris, et qu'en incisant cette membrane, il avoit fabriqué, si l'on peut s'exprimer ainsi, une prunelle à chaque œil. Mais Cheselden lui-même, en rendant compte de ce fait dans les Transactions, année 1728, p. 447, et dans son Traité d'Anatomie, ne dit nullement que ce jeune homme fût né aveugle, parce qu'il n'avoit pas de prunelles. Il donne au contraire à entendre que la cécité étoit produite par une cataracte de naissance. Il a fait représenter l'aiguille dont il s'est servi pour cette opération, et il termine son récit, en disant

qu'il a opéré plusieurs autres enfans nés aveugles dont il ne donne point le détail, parce qu'étant beaucoup plus jeunes que celui dont il s'agit, les phénomènes observés au moment où la lumière leur fut rendue, ne produisirent pas sur eux le même intérêt (1). Cependant c'est à Cheselden que Morand défère l'honneur d'avoir imaginé le premier de faire une prunelle artificielle, en incisant l'iris, lorsque la prunelle naturelle n'existoit plus, puisqu'il assure lui avoir vu faire à Londres, cette opération sur un œil dont la prunelle étoit complètement fermée, non pas de naissance, mais accidentellement. Il fit une incision au milieu de l'iris avec une aiguille plus large et moins pointue que celle à cataracte, et n'ayant de tranchant que d'un côté. Il la plongea à travers la sclérotique, à une demi-ligne du bord de la cornée transparente. Il lui fit traverser presque toute la chambre postérieure de l'humeur aqueuse. Cet instrument étant parvenu vers les deux tiers de l'iris, il en tourna la pointe contre cette membrane, de manière à la couper en travers et assez grandement, en retirant l'ai-

(1) Anatomy of the human body, VII edition London, 1750, p. 304.

guille, pour faire une incision horizontale de laquelle il devoit résulter une prunelle oblongue, plus ouverte dans le milieu qu'aux deux extrémités, à-peu-près figurée, mais à contre-sens, comme celle des chats. Tel est le récit de Morand (1).

Il est impossible qu'une semblable opération puisse être suivie de succès, parce qu'une incision faite à l'iris se ferme et se cicatrise presque toujours comme une plaie simple, sans laisser une ouverture subsistante. De plus en plongeant, ainsi qu'il est dit, un instrument tranchant dans la chambre postérieure de l'œil, on blesse le cristallin, sa capsule, les processus ciliaires, on ne voit point ce que l'on fait, et il doit résulter de la lésion de toutes ces parties un désordre irréparable dans l'organe de la vue.

Janin est le premier qui ait vu la nécessité d'ouvrir d'abord la chambre antérieure de l'œil par une incision de la cornée, comme dans l'opération de la cataracte, d'inciser ensuite l'iris demi-circulairement, à une demi-ligne de l'endroit où étoit la prunelle, d'exciser avec des ciseaux très-fins le lambeau ou la portion de cette membrane, dans l'étendue

---

(1) Histoire de l'Acad. de Chirurgie, tom. 3, p. 115.

d'environ trois quarts de ligne, afin de produire une prunelle artificielle, c'est-à-dire une ouverture à-peu-près ronde qui ne se referme point. Le même auteur a pensé que si l'on faisoit cette excision de l'iris du côté du petit angle, il en résulteroit un strabisme. Il a confirmé cette doctrine par plusieurs observations qui en prouvent la solidité (1).

M. Wenzel, en adoptant un procédé un peu différent, a suivi les principes posés par Janin, et a publié différentes observations qui prouvent la possibilité de faire avec succès une prunelle artificielle (2).

C'est ordinairement à la suite d'une violente ophtalmie, d'une inflammation de l'iris, que se fait l'occlusion totale de la prunelle. En pareille circonstance, cette membrane est devenue adhérente par sa face postérieure à la capsule du cristallin, et antérieurement à la face concave de la cornée, dans une étendue plus ou moins considérable; en sorte que la chambre antérieure de l'œil n'existe qu'en partie. Le cristallin et sa capsule ont, pour l'ordinaire, perdu leur transparence par l'effet de l'inflammation. Si l'on suppose que le

---

(1) Mémoires et observations sur l'œil, p. 177.

(2) Traité de la Cataracte, p. 188.

cristallin ait conservé sa transparence, ce qui doit être très-rare, car nous n'avons pas d'observation positive que l'occlusion de la prunelle soit de naissance, il est presque impossible que ce corps lenticulaire ne la perde pas en faisant l'opération dont il s'agit. L'espace nommée chambre postérieure de l'œil est si petit, qu'on peut le regarder comme imaginaire. Ainsi l'homme le plus exercé ne peut être certain d'inciser et de retrancher une portion de l'iris, sans toucher au cristallin et à sa capsule. Toutes les observations apprennent que la lésion la plus légère faite à cette lentille et à sa capsule, leur fait perdre la transparence qui leur est naturelle. D'où résulte la nécessité d'extraire le cristallin et sa capsule antérieure, quand même ils n'auroient pas perdu leur transparence, puisqu'ils doivent nécessairement la perdre par l'effet même de l'opération. D'ailleurs, comment pouvoir agrandir par incision l'iris adhérent à la capsule, sans détruire cette capsule elle-même? Si l'ophtalmie qui a produit l'occlusion de la prunelle est le résultat de l'opération de la cataracte, il y a nécessité, en formant la prunelle artificielle, d'extraire en même temps la capsule postérieure du cristallin, laquelle est presque toujours opaque, ou qui la devien-

droit, si elle ne l'étoit pas. Tout cela complique une opération qui, au premier coup d'œil, paroît devoir être facile. On conçoit que pour qu'elle puisse être exécutée, il est nécessaire que le globe de l'œil ait conservé sa forme naturelle, que cet organe jouisse de sa sensibilité, que le malade distingue la clarté des ténèbres, que l'humeur aqueuse remplisse au moins une partie de la chambre antérieure, et que par conséquent la cornée transparente ne soit point totalement adhérente à l'iris.

L'art a surmonté une partie de ces obstacles. Il est des malades chez lesquels la cornée a perdu par inflammation une grande partie de sa transparence. Il ne reste, dans cette membrane, qu'un espace qui n'est pas opaque et qui permet encore le passage des rayons lumineux. La prunelle est complètement fermée, le malade ne distingue que foiblement le jour des ténèbres, sans qu'on puisse savoir si le cristallin est ou n'est pas opaque. Dans une maladie aussi compliquée, M. Gleize (1) a imaginé d'ouvrir l'iris immédiatement derrière la portion lucide de la cornée, et il a parfaitement réussi.

(1) Nouvelles observations sur les maladies de l'œil, p. 94, obs. 21.

Une

Une fille âgée de dix-sept ans étoit aveugle depuis l'âge de sept ans à la suite de la petite vérole. L'œil droit étoit fondu par suppuration; le gauche avoit son volume naturel, mais atteint d'une taie ou leucoma qui couvroit les trois quarts de la cornée avec occlusion de la prunelle. Cette fille voyoit un peu à travers la portion lucide de la cornée, du côté du grand angle de l'œil. On incisa cette membrane du côté du petit angle et dans l'endroit où elle étoit opaque. Ensuite on fit à l'iris une incision de manière à former un lambeau qu'on excisa avec des ciseaux. Le cristallin fut extrait par de douces pressions : il étoit transparent. Alors la malade vit un jour très-vif. On appliqua un plumaceau et une compresse sur l'œil, et du reste, cette fille fut soignée suivant les règles de l'art. La plaie de la cornée ne fut cicatrisée que le quarantième jour de l'opération, à cause de la taie qui étoit fort épaisse. La nouvelle prunelle prit la forme d'un croissant : elle n'étoit pas bien large, parce que la portion lucide de la cornée n'avoit pas beaucoup d'étendue, et la taie elle-même s'étoit un peu agrandie, ce qui interceptoit une partie des rayons lumineux. Cependant la malade discerna les couleurs et même les gros objets. Si la taie

n'eût pas été aussi large, cette opération auroit eu certainement un plus grand succès, quoiqu'il ait été aussi grand qu'il pouvoit l'être.

Plusieurs années après que cette observation fut rendue publique, M. Demours (1) a fait de même une prunelle artificielle à la partie supérieure et latérale externe de l'iris, près le disque de la cornée, dans un très-petit espace qui avoit conservé de la transparence.

Un homme éprouva, à l'âge de vingt-deux ans, des ophtalmies violentes accompagnées d'abcès dans les cornées. L'humeur aqueuse s'écoula de chaque œil à plusieurs reprises, et il survint une opacité de la totalité de la cornée de l'œil droit et des quatre cinquièmes de celle de l'œil gauche. L'iris de chaque œil resta appliqué à la face concave de la cornée, et ce malade fut pendant quatre ans dans l'état d'aveuglement le plus complet. L'œil droit ne présentant aucune ressource, M. Demours ouvrit une prunelle artificielle à la partie supérieure et latérale externe de l'œil gauche, tout auprès de la sclérotique, seul endroit où

(1) Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, tom. 8, p. 321.

la cornée avoit conservé de la transparence dans une petite portion de son étendue. Il plongea un bistouri à cataracte dans la cornée transparente et dans l'iris, très-près de la sclérotique. Ensuite il introduisit dans cette ouverture une des branches de ciseaux droits, très-déliés, qui pénétra un peu dans le corps vitré : l'autre branche fut poussée entre la cornée et l'iris qui, dans cet endroit, étoit seulement appliqué, mais non collé à la face concave de la cornée. Il enleva un petit lambeau de l'iris de la grandeur et de la forme à-peu-près d'une graine d'oseille, au moyen de deux coups de ciseaux, et la vue fut rétablie. Cette prunelle s'est conservée depuis plusieurs années, et rien ne paroît faire craindre qu'elle puisse se fermer. Les rayons lumineux entrent immédiatement dans le corps vitré sans traverser le cristallin qui, selon toute apparence, est opaque, vu le désordre extrême que toutes les parties de l'œil avoient éprouvé. Cet homme a été examiné par un grand nombre de personnes de la profession, qui l'ont vu lire, à l'aide d'un verre très-convexe, une écriture assez fine.

Les succès récemment obtenus par M. For-

lenze (1), confirment l'utilité de cette opération par laquelle on fait au bord de la cornée transparente une incision demi-circulaire assez grande pour former un lambeau qu'on puisse relever, afin de saisir l'iris avec des pinces, d'en exciser une très-petite partie dans l'endroit où doit être le centre de la prunelle, et faire ensuite l'extraction du cristallin et de sa capsule, quand même ils ne seroient pas opaques. Mais comme l'observe M. Forlenze, ce procédé doit nécessairement varier, selon les diverses complications de la maladie, par l'adhérence plus ou moins forte de l'iris avec la capsule du cristallin, ou avec la face concave de la cornée. Il assure avoir plusieurs fois réussi à détruire ces adhérences légères en se servant d'une aiguille d'or, arrondie, aplatie à son sommet ; et après les avoir détruites, il a vu la prunelle se dilater, reprendre son diamètre naturel, et permettre l'extraction du cristallin. Il conclut, d'après plusieurs observations, qu'il est des circonstances dans lesquelles on ne doit point exciser une portion d'iris, et for-

---

(1) Considérations sur l'opération de la pupille artificielle. Strasbourg, 1805, *in*-4°.

mer ce que l'on nomme une pupille artificielle, puisqu'il est quelquefois possible que la prunelle, qui semble ne plus exister, se dilate de nouveau et reprenne sa grandeur primitive (1).

Enfin on a cru pouvoir simplifier cette opération très-délicate, en proposant de détacher l'iris du ligament ciliaire dans l'étendue de deux à trois lignes, pour former, par ce décollement, une prunelle artificielle, au lieu d'exciser une petite portion de cette membrane, comme on l'a fait jusqu'à présent (2). Nous pouvons certifier que ce procédé est très-douloureux et que l'iris ne se détache point du ligament ciliaire aussi aisément qu'on pourroit le présumer. Il faut absolument y revenir à plusieurs reprises. L'inflammation dont l'œil est affecté est considérable, et la portion de la cornée qui, chez deux personnes opérées en notre présence étoit transparente, est devenue entièrement opaque après des douleurs très-aiguës. En attendant que l'expérience prononce d'après des faits multipliés et

(1) Ibid. p. 7 et 12.

(2) Voyez les détails de cette opération dans le traité des maladies des yeux de M. Scarpa, tom. 2, p. 143.

transmis avec fidélité, nous pensons que cette manière de procéder, en décollant l'iris du ligament ciliaire, peut déterminer, par suite de douleur et d'inflammation, des accidens graves, et produire même la fonte ou la désorganisation complète de l'œil.

CXVI.

GOUTTE SEREINE (*Amaurosis*).

Privation totale, ou diminution de la vue par paralysie du nerf optique ou de la rétine, avec l'aspect d'une conformation naturelle dans les yeux. Les signes diagnostics de cette maladie sont équivoques, et il est souvent difficile de s'assurer de son existence. On est obligé de s'en rapporter au témoignage du malade qui affirme ne voir aucun objet, ou ne le voir que très-foiblement, quoique les yeux ne présentent point d'apparence morbifique. La prunelle est ordinairement immobile et dilatée ; quelquefois elle conserve sa grandeur naturelle ; d'autres fois elle est visiblement rétrécie. Rarement elle a la noirceur et l'éclat d'un œil sain. Lorsqu'on l'examine attentivement, elle paroît pâle, un peu verdâtre, vitrée, couleur de corne, entourée

d'un nuage léger, comme s'il y avoit un commencement de cataracte. Cette paralysie ou cette atonie de la rétine ou du nerf optique, est complète ou incomplète, récente ou invétérée, continue ou périodique. La goutte sereine invétérée est absolument incurable : c'est la paralysie complète du nerf optique. Celle qui est récente et incomplète, est la seule qui soit susceptible de guérison.

Parmi ceux qui sont attaqués de cette maladie, les uns deviennent subitement aveugles, d'autres ne perdent la vue que peu à peu, dans l'espace de quelques mois ou de quelques années. L'œil jouit encore d'un peu de sensibilité quand on l'expose à l'action d'une vive lumière. Chez d'autres, il est foible, insensible; la vue est confuse, troublée, le malade n'entrevoit que foiblement les objets, il croit avoir devant ses yeux des nuages, des corps légers qu'il imagine pouvoir ôter en se frottant ou en se lavant les yeux.

La goutte sereine attaque ordinairement les deux yeux à la fois. Si le malade voit encore d'un œil, il ne jouit pas long-temps de cet avantage et devient complètement aveugle. La cécité est totale quand toute la rétine est paralysée; et lorsque la moitié seule de cette membrane est affectée, le malade ne voit

qu'une partie de l'objet qu'il regarde. Ceux qui ont un commencement de goutte sereine voyent mieux pour l'ordinaire les objets de côté que directement.

Les causes de cette maladie sont très-variées: elles sont les mêmes que celles qui produisent la paralysie, ou l'atonie des autres parties du corps. Telles sont 1°. la pléthore des vaisseaux du cerveau et de ceux du globe de l'œil, qui compriment par leur plénitude le nerf optique et la rétine. C'est ce qu'on a observé après un coup de soleil sur la tête, à la suite de la suppression du flux menstruel, hémorrhoïdal, du saignement de nez habituel. Alors il convient d'ouvrir la veine jugulaire, d'appliquer des sangsues aux tempes, aux paupières. Les vaisseaux désemplis, on met un large vésicatoire à la nuque, on administre des vomitifs, des purgatifs et l'on tâche de redonner à l'organe de la vue son énergie première en l'exposant plusieurs fois le jour à la vapeur de l'ammoniaque, ou alkali volatil, en appliquant immédiatement au-dessus du sourcil un petit vésicatoire, en frottant les paupières avec des liqueurs spiritueuses. 2°. Une affection gastrique ou saburrale des premières voies: état qui se rencontre ordinairement chez les enfans et les habitans de la

campagne. Il exige de même les vomitifs, les purgatifs, les délayans, sans négliger l'emploi des remèdes locaux propres à ranimer l'action affoiblie sympathiquement des nerfs de l'œil. C'est à cette cause qu'il faut rapporter la goutte sereine intermittente, périodique, qui paroît et disparoît alternativement, tantôt dans des temps marqués, à des heures fixes, tantôt dans des temps indéterminés, plus ou moins éloignés les uns des autres. La cécité n'est alors qu'un symptôme ajouté à la maladie principale dans laquelle le malade recouvre la vue après la cessation de l'accès ou de la fièvre. En pareil cas, le quinquina est administré avec avantage, après qu'on a complètement évacué le canal intestinal. 3°. L'atonie, la débilité du systême nerveux, et en particulier de l'organe de la vue dans ceux qui se sont livrés prématurément et avec excès aux jouissances de l'amour, qui habitent des endroits d'une blancheur éblouissante, qui ont les yeux fatigués par des lectures faites pendant la nuit en s'éclairant d'une lumière vive, et ceux aussi que des évacuations excessives ont épuisés. La curation consiste à employer des remèdes toniques, fortifians tant intérieurement qu'extérieurement; tels que le quinquina, le musc, les prépara-

tions ferrugineuses, les douches d'eau froide sur la tête, sur l'œil, l'application des liqueurs spiritueuses sur les paupières, et dans les cas désespérés celle du moxa sur la tempe. 4°. La maladie arthritique, psorique, herpétique, vénérienne, qui affecte particulièrement l'organe de la vue, le dessèchement d'anciens ulcères. Alors l'indication consiste à rappeler, s'il est possible, à l'extérieur, l'affection morbifique par l'application d'un sinapisme aux pieds, d'un vésicatoire, d'un cautère au bras, d'un séton à la nuque, et à faire ensuite les remèdes appropriés à la maladie principale dont la cécité n'est que l'effet. 5°. Une infiltration séreuse dans le cerveau, dans la cavité orbitaire, dans le voisinage du nerf optique ramolli, comprimé, ainsi que la rétine par une tumeur stéatomateuse, par une exostose, par une surabondance de fluide séreux contenu dans les membranes de l'œil, d'où résulte une tension, une sorte de plénitude dans cet organe qui devient fixe, immobile, protubérant et dur au toucher. Cette cause de goutte sereine étant indestructible, elle rend la maladie incurable. 6°. Enfin c'est quelquefois le résultat de la lésion, ou section du nerf surcilier, c'est la suite de convulsions épileptiques et la terminaison critique d'une

fièvre maligne. Dans ce dernier cas, le peuple ignorant et crédule attribue cette cécité qui est incurable à une saignée du pied qu'on aura faite dans le cours de la maladie. Cet accident est très-commun.

L'examen de ces différentes causes et de quelques autres encore qui nous sont absolument inconnues, fait voir que la goutte sereine est, comme la paralysie des autres organes, souvent incurable, ou très-difficile à guérir, à moins qu'elle ne soit récente et imparfaite. Cette maladie est de tous les âges et de tous les sexes. Les hommes en sont plus souvent attaqués que les femmes : les enfans n'en sont pas même exempts; quelques-uns naissent avec la vue naturellement foible et qui s'éteint peu à peu jusqu'au point de les rendre aveugles, sans cause connue. On ne doit point oublier que la cécité peut exister complètement par goutte sereine, quoique les yeux soient sensibles et les prunelles susceptibles de dilatation et de resserrement.

CXVII.

NYCTALOPIE ET HÉMÉRALOPIE.

La Nyctalopie, *visus nocturnus*, ou cécité diurne, vulgairement dite vue de hibou, est une

indisposition dans laquelle on ne voit point du tout, ou l'on ne voit que très-foiblement les objets quand ils sont exposés au grand jour ou dans un lieu très-éclairé, tandis qu'on les voit dans un lieu obscur, au déclin du jour, ou pendant une nuit un peu claire.

Différentes causes peuvent produire cet état morbifique. Si, par exemple, il existoit dans la cornée transparente, vis-à-vis la prunelle, ou dans le centre du cristallin, une opacité d'une très-petite étendue, semblable à un point, la prunelle, en se resserrant au grand jour, s'opposeroit au passage des rayons lumineux dans l'œil, et il en résulteroit une cécité diurne qui diminueroit par la dilatation de la prunelle dans l'obscurité. Dans ce cas, la curation consisteroit à détruire, s'il est possible, l'opacité de la cornée.

Ceux qui ont la prunelle peu mobile, très-dilatée et ne se resserrant point suffisamment dans un lieu éclairé, sont encore attaqués de nyctalopie ; car il entre dans leurs yeux une si grande quantité de rayons lumineux, qu'ils sont aveuglés plutôt qu'éclairés. Ces personnes voyent assez bien et mieux que les autres dans un lieu obscur, et doivent faire usage de lunettes vertes pour affoiblir, pendant le jour, l'impression des rayons lumineux. Celui qui

habite long-temps un lieu très-obscur, a les prunelles dilatées et perd la vue en s'exposant subitement et sans précaution à un très-grand jour. Il est des individus qui, par excès de sensibilité dans l'iris, ne peuvent regarder une vive lumière : leurs prunelles se rétrécissent et se ferment à l'instant. C'est ce qui arrive à ceux qui se sont livrés avec excès aux jouissances de l'amour et qui se sont énervés dans leur jeunesse.

Il est encore possible que l'iris sans être enflammé, acquière une irritation morbifique par affection rhumatismale, herpétique, déposée sur l'œil, et dans ce cas, on retire quelque avantage de l'application d'un vésicatoire, ou d'un cautère au bras. Un jeune homme avoit, après la disparition d'une dartre, les yeux très-sensibles à la lumière et les prunelles très étroites. Elles se fermoient complètement lorsqu'il s'exposoit au grand jour, et alors il devenoit aveugle. Il fut guéri en portant un cautère.

Enfin la nyctalopie est quelquefois périodique, intermittente, la cécité se manifestant le matin et disparoissant le soir. Pendant l'accès, le malade ne voit point les objets, soit qu'il se tienne dans un lieu obscur ou très-éclairé. La cause de cette cécité, qui est rare, réside

ordinairement dans les premières voies, ce qui nécessite l'emploi des vomitifs, des délayans, des purgatifs et du quinquina.

L'héméralopie, *visus diurnus*, ou cécité nocturne, est le symptôme d'une maladie dans laquelle on voit les objets pendant le jour, tandis qu'on cesse de les voir au déclin du jour, pendant la nuit, lors même qu'elle n'est pas obscure, le malade ne recouvrant la vue qu'après le crépuscule du matin. C'est une espèce de goutte sereine périodique dont les accès paroissent régulièrement tous les soirs et disparoissent tous les matins. L'œil est net, il n'a rien perdu de sa transparence : la prunelle est dilatée, ou ne se resserre et ne se dilate qu'avec lenteur. Au moment où l'accès doit paroître, la cécité survient par degrés, comme un brouillard qui augmente à mesure que le jour baisse.

On a tout lieu de présumer que la cause de cette affection morbifique réside dans l'estomac et les premières voies, lorsque la langue est blanche, qu'il y a du dégoût, fièvre légère, douleur de tête, ou diarrhée bilieuse. Il est alors nécessaire de faire vomir le malade, de lui faire prendre des boissons délayantes et des purgatifs.. Le quinquina ne convient que lorsque le canal intestinal a été suffisamment

évacué. L'application d'un vésicatoire à la nuque, l'exposition des yeux à la vapeur d'une infusion de plantes aromatiques ont été souvent utiles (1).

Cette maladie attaque aussi les personnes foibles sujettes aux affections catarrhales qui vivent dans des lieux humides et qui se nourrissent d'alimens indigestes : c'est par la réunion de ces causes, qu'elle s'est manifestée épidémiquement aux environs de Montpellier (2), à Belle-Isle sur-mer (3), et qu'elle est endémique dans des endroits aquatiques, où les nuits sont froides et humides. Ceux qui s'exposent à cette humidité, qui naviguent le long des côtes orientales de l'Afrique, qui traversent le canal Mozambique, ou vont à la côte de Malabar et de Coromandel, en sont quelquefois affectés. Cette cécité se guérit en changeant d'habitation, en rappelant la transpiration et en usant d'alimens salubres.

---

(1) Journal de Médecine, de Chirurgie, ann. 1756, tom. 4, p. 176. — Medical observations and inquiries by a Society of physicians in London, tom. 1, art. 13, p. 111. — Gooch, Cases in surgery, p. 52.

(2) Sauvages, Nosolog. méthod. tom. 2, p. 732.

(3) Recueil d'Observations de médecine des hôpitaux militaires, par Richard, tom. 2, p. 573.

CXVIII.

CORPS ÉTRANGERS CONTENUS DANS DIFFÉRENTES CAVITÉS.

Toute substance accidentellement introduite dans le corps humain, ou qui s'y développe et qui en gêne plus ou moins les fonctions, prend le nom de corps étranger. Parmi ces substances, de nature différente, il en est qui sont introduites ou qui se forment dans quelques-unes des cavités naturelles, et qui deviennent cause de maladies. C'est de ces dernières que nous nous occuperons.

Corps étrangers arrêtés dans le pharynx et dans l'œsophage. Le Mémoire que M. Hévin a communiqué à l'Académie de Chirurgie (1) sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, contient un grand nombre d'observations utiles que nous croyons ne devoir point reproduire ici. C'est pourquoi nous renvoyons à la lecture de ce Mémoire fort étendu, qui nous dispense de citer des observations absolument semblables, mais qui ne seroient pas plus instructives.

(1) Tom. 1, p. 544.

C'est

C'est un précepte formel d'extraire, autant qu'il est possible, ces corps, ou de les précipiter dans l'estomac. Ceux qui sont arrêtés dans le pharynx et dont le volume est considérable, peuvent intercepter la respiration et faire périr, par une prompte suffocation, les personnes qui ne peuvent ni les avaler, ni les rejeter par la bouche. Ainsi mourut à Pompéia le jeune Drusus, fils de l'empereur Claude. Il fut subitement suffoqué en recevant dans sa bouche une poire qu'il avoit jetée en l'air (1).

Plusieurs observations prouvent qu'un morceau de pain, de viande, qu'un fruit, qu'une substance molle, arrêtés dans le pharynx, peuvent produire subitement la mort, par l'interception de la respiration.

Une femme qui, pour remédier à une grande perte de substance de la voûte du palais, portoit un obturateur de liége, sans doute mal assujéti, mourut suffoquée par la chute de cet instrument qu'on trouva engagé dans le pharynx (2).

---

(1) *Drusum Pompeiis impuberem amisit, pyro per lusum in sublime jactato et hiatu oris excepto strangulatum.* Sueton. in vitâ Claud. Cæsar. cap. 27.

(2) Meeckren, Obs. chirurg. cap. 22.

On débarrasse l'œsophage du corps étranger qui y est arrêté, et que l'on croit pouvoir enfoncer sans danger dans l'estomac, en se servant d'une sonde métallique un peu courbe, ou de gomme élastique ; d'une bougie trempée dans de l'huile, d'une tige de baleine mince et flexible à l'extrémité de laquelle est attaché un morceau d'éponge. La tige d'un poreau qu'on trouve par-tout, en tout temps et dont la flexibilité s'accommode à la courbure du pharynx et de l'œsophage, sembleroit pouvoir être employée avec le même succès. Mais il est arrivé si souvent que cette tige s'est cassée et a augmenté en restant dans l'œsophage le danger de la suffocation, qu'on a jugé très-convenable de ne jamais s'en servir.

Il est en général plus difficile d'extraire un corps étranger arrêté dans l'œsophage, que de l'enfoncer dans l'estomac. On en procure la sortie par la bouche, lorsqu'il est de nature à pouvoir être expulsé par cette voie, en donnant un vomitif, ou en procurant le vomissement, lorsque la déglutition n'est pas totalement interceptée. S'il paroît préférable de tenter l'extraction du corps étranger, on se sert, pour cet effet, de pinces un peu courbes, très-longues et très-déliées, à l'aide desquelles on tâche de le saisir. On s'est aussi servi avec

succès d'un double fil-de-fer tortillé dans toute sa longueur, afin de lui donner de la solidité, et terminé à son extrémité qu'on introduit dans l'œsophage par un crochet mousse, un anneau, une espèce d'hameçon dans lequel le corps à extraire puisse s'engager. Les aiguilles, les épingles, les grosses arêtes de poisson, les portions d'os inégales et piquantes doivent être extraites promptement, afin de remédier à la douleur très-aiguë, à la toux convulsive, à l'angoisse extrême que ces corps produisent, et afin de prévenir aussi l'inflammation, la suppuration de l'œsophage et autres accidens graves qui peuvent survenir consécutivement, et qui ont plusieurs fois fait périr les malades (1). Si c'est une arête de poisson ou une portion d'os qui est fixée dans la partie supérieure de l'œsophage, d'où l'on n'a pu ni l'extraire, ni l'enfoncer, ce corps, en se ramollissant par son séjour, se divise à la longue en plusieurs petits fragmens que le malade rejette tardivement par la bouche avec du pus après avoir

(1) Voyez dans les Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1716, une observation de Littre, sur une femme qui mourut quatorze mois après avoir avalé une arête de carpe.

souffert de longues et violentes douleurs. D'autres fois, un des côtés du col se tuméfie, devient douloureux avec rougeur à la peau, le malade éprouve dans cet endroit un sentiment de piqûre, la déglutition devient plus facile, la toux, les nausées cessent, et il se manifeste plutôt ou plus tard un abcès qui étant ouvert, permet de faire avec facilité l'extraction d'un corps étranger piquant qui a percé l'œsophage et qu'on trouve dans un foyer purulent sous la peau. Après l'ouverture de l'abcès, il en résulte dans les uns une fistule de l'œsophage ; dans d'autres, l'ulcère se ferme aussi-tôt après l'extraction du corps étranger. Cette opération clairement indiquée par la nature et le siége de la maladie, n'est point ce que l'on nomme l'œsophagotomie. C'est un abcès qui s'ouvre de lui-même, ou que l'on ouvre en incisant seulement les tégumens, comme on a ouvert des abcès semblables et circonscrits dans un des points de l'épigastre, lesquels ont permis d'extraire des corps étrangers piquans contenus dans l'estomac, et qui avoient manifesté leur présence par une tumeur extérieure. Si l'on en excepte Guattani (1), qui a donné le conseil

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 3, p. 351.

d'inciser l'œsophage pour extraire un corps étranger contenu dans ce canal, personne ne s'est imaginé de faire à l'estomac une incision pour en extraire un corps qui y seroit renfermé, parce qu'en effet le lieu où l'on se proposeroit d'opérer n'est point invariablement fixé par la formation d'une tumeur apparente et suppurée. Il en est de même de l'œsophagotomie. Cette opération n'a jamais été faite que sur des cadavres, et nous ne pensons pas, qu'à raison du danger qu'on feroit courir au malade, personne soit assez téméraire pour la faire sur le vivant.

Corps étrangers arrêtés dans la trachée-artère. Ces corps, en passant par l'ouverture de la glotte pendant la déglutition, peuvent s'arrêter dans le larynx, ou descendre plus ou moins bas dans la trachée-artère; ce qui dépend de leur forme, de leur volume, de leur solidité. Un noyau de cerise, par exemple, peut séjourner dans un des sinus du larynx pendant plusieurs mois, sans être rejeté par la bouche et sans descendre dans la trachée-artère. Il en résulte alors une maladie chronique dans laquelle on observe les symptômes suivans. La voix est rauque et foible, la respiration gênée avec râlement, la toux continuelle avec sécheresse du gosier; ce qui

détermine le malade à boire fréquemment et à petites gorgées; la déglutition est assez facile, mais il y a une douleur locale et constante dont le malade indique le siége en portant le doigt sur le cartilage thyroïde. Ces accidens ont quelquefois subsisté long-temps sans causer la mort; d'autres fois ils ont été plus pressans et beaucoup plus formidables. L'unique moyen d'y remédier et de prévenir la suffocation et l'ulcération du larynx, consiste à inciser longitudinalement le cartilage thyroïde dans sa partie moyenne, antérieure, et même le cartilage cricoïde, afin d'extraire par cette ouverture, et avec des pinces, le corps étranger qui est arrêté dans la cavité du larynx. Cette opération, qu'on a regardée comme très-grave, a été faite plusieurs fois avec un plein succès. Si le corps étranger est dans la trachée-artère, les accidens sont beaucoup plus pressans; le malade court risque de périr dans l'espace de trois ou quatre jours, si l'on ne se hâte d'inciser longitudinalement la partie antérieure de ce canal aérien, afin d'extraire le corps qui intercepte la respiration (1). Toutes les fois que la maladie a été connue, et que le traitement en a été confié

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tom. 5, p. 524.

à des personnes instruites, qui n'ont pas pris les accidens primitifs qui se manifestent pour ceux d'un corps étranger introduit dans l'œsophage, lorsqu'il est réellement dans la trachée-artère, l'opération de la brônchotomie a toujours été suivie d'un heureux succès. On doit donc la faire hardiment et promptement, aussi-tôt que la maladie se manifeste par les symptômes suivans. C'est d'abord l'aveu positif du malade qui affirme qu'un corps qui étoit dans sa bouche s'est introduit dans la trachée-artère. Il indique ordinairement avec le doigt l'endroit où est situé le corps étranger. Le malade est tourmenté par une toux convulsive, il fait des efforts inutiles pour vomir, sa voix devient rauque, la respiration est gênée, l'expectoration est écumeuse, la déglutition est facile, et il se manifeste au-dessus des clavicules sur les parties latérales du col un emphysème, qui est la suite de celui qui a son siége primitif dans les poumons. Enfin le malade périt ordinairement dans l'espace de quatre à cinq jours, après avoir éprouvé un calme trompeur, à moins qu'on ne fasse l'extraction du corps qui, abandonné à son propre poids, peut s'insinuer jusque dans les bronches, et rendre, par un délai funeste, toute opération inutile.

On doit la faire le plutôt possible, en incisant longitudinalement la trachée-artère dans sa partie antérieure et dans une étendue suffisante pour faciliter la recherche du corps étranger et en faire l'extraction avec des pinces. Il se présente ordinairement à l'ouverture de la plaie; il est même souvent expulsé par toutes les forces de l'expiration, lorsqu'il est lisse, poli, et qu'il n'adhère point, par ses inégalités, à l'intérieur de la trachée-artère. S'il est au-dessous de l'incision qui a été faite, et s'il est impossible de le saisir et de l'extraire malgré les efforts de la toux et les recherches que la prudence suggère, on doit obliger le malade à tenir constamment sa tête hors du lit et dans une situation très-inclinée, afin de favoriser la sortie de ce corps. La difficulté de l'extraire lorsqu'il est encore situé dans la trachée-artère, ne doit donc point former une opposition à l'opération qui seule peut sauver la vie du malade. Aussi-tôt qu'elle est faite, il n'y a point de nécessité à maintenir les lèvres de la plaie rapprochées pour en procurer une prompte réunion. Il est utile qu'elle soit en quelque sorte abandonnée à elle-même, et recouverte d'un linge pendant vingt-quatre ou trente heures, afin de faciliter la sortie du sang qui tombe toujours,

quoiqu'en petite quantité, dans la trachée-artère. La plaie, qui est longitudinale, se réunit d'elle-même très-promptement : des pansemens simples suffisent pour en accélérer la cicatrisation.

Concrétions calculeuses de la vessie. Ces concrétions solides et salines auxquelles on donne vulgairement le nom de pierres urinaires, sont formées de plusieurs substances très-différentes les unes des autres. Tels sont, d'après l'analyse faite par MM. Fourcroy et Vauquelin (1), l'acide urique, l'urate d'ammoniaque, le phosphate de chaux, le phosphate ammoniaco-magnésien, l'oxalate de chaux, la silice, l'eau, et enfin une substance floconneuse, concrescible, de la nature de l'albumine et de la gélatine, et qui contribue à la formation des calculs urinaires, en retenant et en unissant d'abord plusieurs molécules d'acide urique ou de phosphate de chaux, auxquelles se joignent ensuite quelques-unes des nombreuses substances dont l'urine humaine est composée. L'examen comparatif que ces deux savans chimistes ont fait d'une très-grande quantité de calculs urinaires, a appris que les matières variées qui entrent

(1) Mémoires de l'Institut national, tom. 4, p. 112.

dans leur composition ne sont jamais toutes réunies ensemble, quoiqu'elles soient susceptibles de l'être. Isolées ou mélangées en plus ou moins grande quantité, elles forment en se déposant successivement par couches, des calculs de nature très-différente. Ainsi, ceux qui sont bruns, hérissés de pointes, très-pesans, surnommés pierres murales, sont entièrement formés d'oxalate de chaux et d'un peu de substance animale, tandis que le phosphate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien dominent dans d'autres calculs d'espèce différente. Ils se forment presque tous dans les reins, où l'urine qui contient en dissolution les élémens de ces calculs est versée lentement et à chaque instant. Les différentes substances qui composent cette liqueur excrémentitielle se déposent sur la concrétion calculeuse primitive, en augmentent le volume ; ce qui la fixe dans la partie où elle acquiert son accroissement : de-là les pierres qu'on trouve dans les reins, dans les uretères et à l'entrée de ces canaux dans la vessie. Au contraire, si le calcul reste très-petit, s'il est mobile, ovale et très-lisse, il parcourt librement le trajet de l'uretère, tombe dans la vessie, et est ensuite transmis au-dehors en suivant le canal de l'urèthre,

lorsque rien ne s'oppose à son passage. Mais parvenu dans la vessie, il y reste pour l'ordinaire, et y prend un accroissement plus ou moins prompt. Dans la plupart des malades, il est mobile et se déplace selon les différentes attitudes que l'on prend. Chez d'autres, il est enfermé entre les membranes de la vessie qui lui servent de kyste, vers l'embouchure des uretères, ou bien il est contenu dans une cellule anciennement formée par la protrusion de la membrane interne de la vessie à travers un écartement des fibres musculaires. Les pierres ainsi enkystées ou chatonnées, ne présentent à la sonde introduite dans la vessie et qui les touche, qu'une partie de leur surface; le reste étant enveloppé dans le kyste ou dans la cellule, comme la pierre d'une bague l'est dans son chaton. Une pierre urinaire ainsi arrêtée dans sa cellule, est quelquefois presque entièrement recouverte par la membrane interne de la vessie qui lui sert d'enveloppe. Tantôt c'est sa partie la plus petite, et tantôt c'est la plus grosse qui est à découvert dans la vessie : de-là, la difficulté de la sentir et de l'extraire.

Une pierre mobile ne donne pour l'ordinaire des signes de sa présence, que lorsqu'elle a acquis un peu de volume. Celui qui a le

malheur de la porter, éprouve habituellement une sensation douloureuse au col de la vessie, à l'extrémité de la verge, avec sentiment de pesanteur au rectum. Cette douleur devient insupportable par l'exercice à pied, à cheval et en voiture. Il a de fréquentes envies d'uriner, urine peu à-la-fois, et souvent goutte à goutte. Quelquefois l'urine sort d'abord à plein jet et s'arrête ensuite tout-à-coup, lorsque la pierre bouche l'orifice du col de la vessie. Ce n'est qu'en la déplaçant par une situation différente que le malade prend, que l'urine continue de couler, sans néanmoins pouvoir en expulser librement les dernières gouttes. Ce fluide est ordinairement trouble et contient une mucosité grisâtre, visqueuse, qui se précipite au fond du vase et qui ressemble à du blanc d'œuf : c'est le mucus de la vessie dont la sécrétion est augmentée par l'irritation et la phlogose que la pierre cause à cet organe. Si la maladie est ancienne et le malade âgé, ce mucus devient alcalescent et puriforme. Ceux qui ont une pierre tuberculée, raboteuse, pesante, et des vaisseaux variqueux au col de la vessie, souffrent plus que les autres et pissent du sang. Les enfans crient en urinant, croisent les jambes, tirent continuellementt leur verge,

qui par cette irritation acquiert plus de volume.

Ces signes, que l'on nomme rationnels, et qui sont regardés comme équivoques jusqu'à ce qu'on en ait acquis de plus positifs par l'introduction de la sonde, ne sont pas constamment les mêmes chez tous les malades. Si la pierre, au lieu d'être mobile, est enkystée sans pouvoir se présenter à l'orifice de la vessie; si elle est lisse, polie, légère, peu volumineuse, on peut la garder long-temps sans en être sensiblement incommodé. Quelques personnes ont vécu pendant plusieurs années, et sont mortes sans avoir eu, pendant leur vie, le moindre soupçon sur l'existence de ce corps étranger.

Un curé de la petite ville de Loches, entre Bourges et Tours, nommé Jacquier, et qui depuis son enfance avoit senti les douleurs de la pierre, mourut à Paris en 1690, à l'âge de quarante-huit ans, dans l'hospice de la Charité. On trouva dans sa vessie une pierre oblongue, de la forme d'un melon et du poids de cinquante et une onces. Cependant les douleurs que cet homme ressentoit n'étoient pas continuelles. Il avoit pu se livrer, quelques années avant sa mort, au plaisir de la chasse,

et il urinoit même sans beaucoup souffrir (1). En pareille circonstance, la vessie devient très-épaisse par irritation, elle est fortement adhérente à toute la surface inégale de la pierre, qui perd sa mobilité; cet organe n'a plus de cavité et l'urine qui s'écoule involontairement, creuse par son passage continuel un sillon sur la pierre. Les douleurs produites par ce corps étranger n'ont pas toujours la même intensité, ni la même durée. Elles sont continuelles et très-aiguës lorsque la pierre est mobile, tuberculeuse, lorsqu'elle se présente souvent à l'orifice de la vessie. Elles sont supportables, intermittentes, et cessent même tout-à-fait pendant un espace de temps plus ou moins long, lorsque la pierre est lisse, polie, légère, peu volumineuse, lorsqu'elle se fixe constamment dans un des côtés du bas-fond de la vessie, lorsque le mucus fourni par la membrane interne de ce viscère est très-abondant, et forme sur la surface de la pierre un enduit qui en recouvre les aspérités, enfin lorsque ces mêmes aspérités se ramollissent, tombent par écailles, et donnent à la pierre une surface moins inégale.

Les signes dont nous venons de faire l'énu-

(1) Tolet, Traité de la Lithotomie, chap. 6.

mération, n'indiquent pas avec certitude la présence d'un calcul urinaire : on doit, pour s'en assurer, introduire dans la vessie une sonde qui, mise en contact avec la pierre, serve à la faire reconnoître positivement. Le malade peut être sondé debout ou couché ; mais il est nécessaire que la vessie contienne une certaine quantité d'urine. La sonde introduite, on l'agite très-doucement en différens sens, et on la dirige surtout vers le bas-fond de la vessie où la pierre, quand elle est mobile, est ordinairement située, et où elle produit, avec le temps, lorsqu'elle est pesante et volumineuse, une légère dépression dans l'endroit que l'on nomme le trigone vésical. Si elle ne se fait pas sentir du premier coup, on la déplace en injectant quelques onces d'eau tiède dans la vessie, en faisant prendre au malade différentes attitudes. Quand elle est petite, située dans le bas-fond de la vessie derrière le col, ou cachée par la protubérance que forme quelquefois la prostate chez les vieillards, on a de la peine à la trouver, surtout si l'on se sert d'une sonde très-courbée, et si on l'introduit avec trop de promptitude. Le contact de la sonde avec la pierre doit être très-sensible pour celui qui fait cette exploration, ainsi que pour le malade intéressé à

connoître la cause véritable de ses douleurs. Pour peu qu'on ait d'habitude, il est difficile de se tromper sur la sensation que produit cette percussion. Cependant différentes causes peuvent induire en erreur, et faire prononcer légèrement sur l'existence ou la non existence de ce corps étranger. La tuméfaction de la prostate, les tumeurs fungueuses de la vessie, les cellules accidentellement formées dans le corps de ce viscère, diverses tumeurs du bassin, produisent des accidens presque semblables à ceux de la pierre. Celle qui est enkystée, et recouverte presqu'en totalité par une membrane, ne donne qu'un son mat et sourd quand on la touche : c'est un corps qui résiste à la sonde, mais sur la nature duquel il est difficile de prononcer avec assurance. Dans ces cas équivoques, on doit sonder le malade plusieurs fois, à différens intervalles, jusqu'à ce qu'on ait acquis toute la certitude possible sur l'existence de la pierre. Si elle est enkystée, et si les douleurs qu'elle cause sont supportables, la prudence veut qu'on n'en fasse point l'extraction qui dans cette circonstance est presque toujours suivie de la mort du malade.

Les femmes sont moins exposées que les hommes à cette douloureuse maladie. L'u-

rèthre est chez elles plus court, plus droit et beaucoup plus dilatable que dans l'homme. La glande prostate n'existe point, et le col de la vessie offre beaucoup moins de résistance que celui de l'homme. Il résulte de cette disposition, qu'une pierre d'un petit volume, et qui s'insinue dans le col de la vessie, en est souvent expulsée dans un pressant besoin d'uriner et au moment des plus fortes contractions de ce viscère. On a même vu des femmes rendre spontanément, et par les seules forces contractiles de la vessie, des pierres très-volumineuses. La sortie s'en opère comme par une espèce d'accouchement, la femme étant accroupie et faisant les plus violens efforts. La pierre s'engage d'abord, par son petit diamètre, dans le col de la vessie qui en est dilaté peu à peu : elle n'est quelquefois totalement expulsée qu'après avoir été arrêtée dans ce détroit pendant plusieurs mois, et même plus long-temps. La femme éprouve dans toute la durée de ce travail, des douleurs insupportables, et lorsqu'enfin elle est totalement délivrée, il lui reste ordinairement une incontinence d'urine produite par l'excessive dilatation du col de la vessie, qui a perdu pour toujours son ressort.

Quelquefois la pierre, après avoir franchi

le col de la vessie, reste dans le canal de l'urèthre qui n'est point encore dilaté pour en permettre la sortie. Arrêtée dans ce canal, elle y exerce une pression qui l'use et le détruit, ainsi que la partie supérieure du vagin auquel il est adossé. Il se fait une ulcération commune à ces deux conduits par laquelle la pierre se présente et peut être extraite par cette voie. Elle peut aussi, avec le temps, tomber dans le vagin, en sortir spontanément, et laisser après son expulsion une double fistule et une incontinence d'urine.

Les causes de cette maladie, dans l'un et dans l'autre sexe, sont absolument inconnues. On sait que les divers élémens dont le calcul urinaire est formé, sont contenus dans l'urine qui les tient en dissolution chez tous les individus. Si la quantité de ces divers matériaux est surabondante, s'ils ne sont point expulsés hors du corps par les voies urinaires, il est possible, qu'en se réunissant dans l'intérieur du rein et y formant de très-petites molécules, il en résulte ce que l'on nomme le noyau de la pierre. Les enfans et les vieillards en sont plus fréquemment attaqués, que les adultes. On a vu des enfans naître avec le germe de cette maladie, et en souffrir les douleurs les plus violentes six

mois ou un an après leur naissance. Rien ne prouve cependant qu'elle soit héréditaire ; et si les enfans des riches semblent en être exempts, tandis que ceux des pauvres, et sur-tout de la campagne, en sont communément les victimes, nous pensons que cela dépend de l'effrayante quantité d'enfans pauvres comparée à celle des riches, genre de maladie d'une espèce différente, mais commune à la presque totalité de l'espèce humaine.

M. Saucerotte (1) a observé, que sur seize cent vingt-neuf calculeux de l'un et de l'autre sexe et de tout âge, successivement admis dans l'hospice de Lunéville, quinze cent soixante-quatre étoient du sexe masculin, et soixante-cinq seulement du sexe féminin. Sur cette totalité de seize cent vingt-neuf malades, onze cent dix-huit enfans mâles depuis l'âge d'un an et demi jusqu'à celui de douze inclusivement, avoient la pierre ; tandis qu'il n'y avoit que quarante-cinq petites filles depuis l'âge de deux ans jusqu'à celui de douze qui en furent attaquées. On ignore la cause de cette différence, et pourquoi parmi des enfans du même âge, élevés dans le même pays, nourris de la même manière, ceux du

(1) Mémoires de l'Institut national, tom. 2, p. 110.

sexe masculin sont beaucoup plus exposés que ceux du sexe féminin, au calcul urinaire. La proportion n'est pas la même chez les vieillards : ils n'ont point à courir la chance défavorable des enfans. Nous ne trouvons sur la totalité ci-dessus indiquée, que dix-sept hommes calculeux pris depuis l'âge de soixante ans jusqu'à celui de soixante-douze. Les femmes sont, à cet égard, plus favorisées que les vieillards. Il est excessivement rare que celles qui ont atteint l'âge de quarante ou cinquante ans aient une pierre dans la vessie. Ainsi la fleur de la population, l'enfance, est, sous tous les rapports, la portion la plus maltraitée de l'espèce humaine. Elle périroit immanquablement, si l'art n'eût opposé une opération salutaire à cette cause de mortalité. Cette opération par laquelle on extrait une pierre contenue dans la vessie, réussit constamment chez les enfans et presque toujours chez les adultes. Mais elle devient un surcroît de douleurs inutiles pour un vieillard dont elle abrège la vie, qui est prête à s'éteindre. Nous ne parlerons point de la manière d'exécuter cette opération, parce qu'elle est parfaitement bien décrite dans tous les traités de médecine opératoire, et parce que les détails qu'elle comporte ne sont pas

de notre objet. Nous renvoyons aux ouvrages de Colot, de Tolet, et sur-tout à celui de M. Deschamps, qui a donné le résultat de toutes les connoissances qu'on a acquises jusqu'aujourd'hui sur cette matière.

Concrétions utérines. On les a nommées très-improprement pierres de la matrice : elles sont de nature osseuse, sans organisation régulière, mais formées des mêmes principes que les os humains. Elles sont dures, compactes, de couleur grisâtre, ont une surface inégale par laquelle elles adhèrent intérieurement aux parois de l'utérus ; car il est très-rare qu'elles soient mobiles dans la cavité de ce viscère. Leur volume est plus ou moins considérable : et quant à leur pesanteur, elle varie depuis un gros jusqu'à une ou plusieurs onces. Il n'est point de signes qui fassent reconnoître positivement l'existence de ces concrétions qui, lorsqu'elles sont petites, ne causent aucune incommodité. Ce n'est ordinairement qu'après la mort et par l'ouverture du cadavre qu'on les trouve chez les femmes d'un âge avancé. Si l'utérus est ulcéré ou squirrheux, le diagnostic devient encore plus obscur. Enfin on a plusieurs fois trouvé de semblables concrétions osseuses dans l'épaisseur de ce viscère, hors de sa

cavité, et sous le péritoine qui recouvre sa surface, ainsi que dans les ovaires.

On a présumé, d'après l'analogie qui est souvent trompeuse, et en établissant une sorte de parité entre les prétendues pierres de la matrice et celles qui sont contenues dans la vessie urinaire des femmes, qu'il seroit possible dans quelques circonstances favorables de faire l'extraction des premières, en incisant latéralement le col de l'utérus, ou de faciliter leur sortie spontanée par l'usage des bains tièdes et des injections émollientes. Cette théorie n'est appuyée sur aucun fait positif. La plupart des concrétions de l'utérus ne sont point mobiles dans la cavité de ce viscère, comme le sont les calculs urinaires : et les observateurs ont souvent pris une pierre sortie spontanément de la vessie pour une pierre sortie de la cavité de la matrice (1).

Concrétions stercorales. Nous en avons déjà fait mention à la page 35 de ce volume, et nous avons indiqué les auteurs dont les observations méritent d'être consultées relativement au diagnostic et à la curation de cette maladie. Les concrétions contenues dans les

---

(1) Voyez le deuxième tome des Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, p. 130.

intestins sont de deux espèces. Les unes sont de véritables pierres biliaires devenues successivement assez volumineuses dans le canal intestinal, pour en interrompre jusqu'à un certain point la continuité. Les autres sont des portions d'excrémens durcis par leur séjour, et formant un corps ordinairement rond dans le centre duquel est un noyau de cerise, de prune, un petit fragment d'os, une très-petite balle de plomb, ou tout autre corps solide qui a été avalé, et sur lequel des matières stercorales se sont accumulées couches par couches. Ces concrétions stercorales sont friables, légères, quoique volumineuses, ont une couleur brune, se ramollissent lorsqu'on les expose au feu, et jettent une fumée fétide.

On en fait l'extraction, lorsque parvenues dans le rectum, elles ne peuvent en être expulsées à raison de leur volume et de l'ouverture trop étroite de l'anus, malgré tous les efforts que fait le malade pour s'en débarrasser. L'introduction du doigt ne suffit pas toujours pour les sentir; il est trop court lorsqu'elles sont situées profondément, et alors il est nécessaire de se servir d'une sonde ou du bouton usité dans l'opération de la lithotomie, afin de s'assurer positivement de leur existence, de leur mobilité, et de juger

de leur volume. On les extrait en totalité ou par parties, en les brisant entre les cuillers d'une tenette, ou en se servant d'une cuiller étroite, mais fort oblongue. Avant que de procéder à cette opération, il est nécessaire d'injecter dans le rectum une grande quantité d'huile, afin de faciliter l'introduction des instrumens et la sortie de ces concrétions.

Parmi les corps étrangers arrêtés dans le rectum, les uns ont été avalés et ont parcouru la longueur du canal intestinal, les autres ont été introduits par l'anus à une profondeur plus ou moins grande. L'extraction de ces derniers présente en général beaucoup de difficulté, et exige même, de la part de celui qui se charge de cette opération, une sagacité peu commune, à raison de la forme variée, de la dureté, de la fragilité de ces différens corps. Des maniaques se sont introduit dans le rectum une phiole de verre, un étui, une navette : un autre s'introduisit un caillou qu'il fut impossible d'extraire ou de briser, tant il étoit dur, mobile et poli, et qui enfin fit périr le malade dans des douleurs atroces, avec tuméfaction gangréneuse au bas-ventre. On connoît l'observation de Marchettis sur une queue de cochon durcie

par la gelée, et introduite avec violence par des jeunes gens dans l'anus d'une fille publique. Ce corps étranger ne pouvoit être retiré qu'à contre poil, ce qui causoit à cette malheureuse des douleurs inexprimables produites par les soies coupées très-courtes qui entroient dans les membranes de l'intestin. Il y resta pendant six jours, et produisit les accidens les plus graves, tels que fièvre, vomissement, tuméfaction du ventre, constipation opiniâtre. Marchettis attacha un fil à l'extrémité de cette queue qui pendoit hors de l'anus, introduisit ce fil dans une longue canule de roseau qu'il insinua dans le rectum, afin que le corps étranger, en passant par cette canule, pût être extrait sans déchirer l'intestin, ce qui fut suivi de succès (1).

Un homme s'introduisit profondément dans le rectum une cheville de bois longue de trois pouces et de deux pouces de diamètre. La colique, la tension du ventre, la fièvre, la constipation, la difficulté d'uriner survinrent et subsistèrent pendant six jours. L'impossibilité d'extraire à l'aide de pinces et de tenettes ce morceau de bois, suggéra l'idée de se servir d'une vrille qui, introduite à l'aide du doigt

(1) Observat. medic. chirurg. p. 126.

dans le rectum, fut implantée dans la cheville assez profondément pour l'extraire ; ce qui ne put s'exécuter qu'en causant de grandes douleurs (1).

Concrétions articulaires. Elles sont de nature cartilagineuse, blanchâtres, du volume d'une féve, d'un grain de raisin, situées dans l'articulation du genou, mobiles, souvent attachées par un pédicule filamenteux. Ces corps, susceptibles de se déplacer, occasionnent de vives douleurs en marchant, et dans certaines positions de la jambe. Ils se portent vers l'un ou l'autre côté de l'articulation où l'on peut les saisir entre deux doigts, et juger jusqu'à un certain point de leur volume. Il est extrêmement rare d'en trouver plusieurs dans la capsule articulaire : il n'en existe qu'un seul pour l'ordinaire.

La cure de cette maladie consiste à déplacer ce corps étranger, en faisant faire à la jambe quelques mouvemens, à le fixer extérieurement entre deux doigts sous la peau, que l'on incise ainsi que la capsule. Après l'extraction, il est nécessaire de réunir les lèvres de l'incision, qu'on doit regarder comme

---

(1) Mélanges de Chirurgie, par M. Saucerotte, p. 484. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie, tome 5, p. 605.

une plaie simple. On recommandera au malade de garder le repos le plus parfait; et pour peu que l'articulation devienne douloureuse, on l'enveloppera d'un cataplasme émollient. Cette plaie guérit communément dans l'espace de sept à huit jours.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le tome 1er et le tome II.

TOME PREMIER.

TOME SECOND.

XCIX.

FIN DE LA TABLE.

DE L'IMPRIMERIE DE CRAPELET.

